



PROJECTE COM-COVID

Informe de resultats



Autories

Judith Farrés,¹ José Luis Ruiz,¹ José Manuel Mas,¹ Lilibeth Arias,^{2, 3} Maria-Rosa Sarrías,^{4, 5} Carolina Armengol,^{5, 6} Pere-Joan Cardona,^{2, 3} José A. Muñoz-Moreno,^{7, 8} Míriam Vilaplana,⁹ Belén Arranz,^{9, 10, 11} Judith Usall,^{9, 11} Antoni Serrano-Blanco,^{9, 11, 12} Cristina Vilaplana^{2, 3, *}

1. Anaxomics Biotech SL. C/ Diputació, 237, 1r 1a, 08007 Barcelona.
2. Experimental Tuberculosis Unit (UTE). Fundació Institut Germans Trias i Pujol (IGTP). Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Edifici Mar. Can Ruti Campus. Ctra. de Can Ruti, camí de les Escoles, s/n, 08916 Badalona, Catalunya, Espanya.
3. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Av. Monforte de Lemos, 3-5, pavelló 11, planta 0, 28029, Madrid, Espanya.
4. Innate Immunity Group. Fundació Institut Germans Trias i Pujol (IGTP). Can Ruti Campus. Edifici Muntanya. Ctra. de Can Ruti, camí de les Escoles, s/n, 08916 Badalona, Catalunya, Espanya.
5. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREhD). Av. Monforte de Lemos, 3-5, pavelló 11, planta 0, 28029 Madrid, Espanya.
6. Childhood Liver Oncology Group, Germans Trias I Pujol Research Institute (IGTP), Program of Predictive and Personalized Medicine of Cancer (PMPC), Badalona, Spain
7. Fundació Lluita contra la SIDA (FLS) - Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Germans Trias, Badalona.
8. Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació, Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Barcelona.
9. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. C/Antoni Pujadas, 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Catalunya, Espanya.
10. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Av. Monforte de Lemos, 3-5, pavelló 11, planta 0, 28029 Madrid, Espanya.
11. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. C/ Santa Rosa, 39-57, 3a planta, 08940 Esplugues de Llobregat, Catalunya, Espanya.
12. Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Av. Monforte de Lemos, 3-5, 28029 Madrid, Espanya.



* Coordinadora i autora de correspondència:

Dra. Cristina Vilaplana

Fundació Institut Germans Trias i Pujol (IGTP), Experimental Tuberculosis Unit (UTE).
Campus Can Ruti. Ctra. de Can Ruti, camí de les Escoles, s/n.

08916 Badalona, Catalunya, telèfon: +34 93 033 0527 – cvilaplana@igtp.cat.

Aquest informe ha estat elaborat durant els mesos de Novembre 2020 a Març de 2021 a partir de les dades recollides a la publicació científica dels mateixos autors que porta per nom "Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic: Identification of most vulnerable populations", disponible a l'enllaç següent en format preprint <https://doi.org/10.1101/2021.03.20.21254029>

També han participat a la seva elaboració:

En les traduccions de l'enquesta i dels documents associats:

Al francès: Jérôme Nigou

A l'italià: Valeria Bergalli, Paolo Salieri, Chiara Bertoldini

A l'anglès: Harvey Evans

En la correcció del text: Marc Cortès Minguet

En el disseny i la maquetació: Xavi Simó, questions.cat

Introducció	7
▶ L'impacte en la societat i les polítiques de salut pública	7
▶ El cas concret dels professionals de la salut.....	8
Mètodes	10
▶ L'enquesta	10
▶ L'anàlisi.....	10
Resultats.....	13
Dades generals i socioeconòmiques.....	13
▶ Població en estudi, dades generals	13
▶ Habitatge	17
▶ Grau d'estudis.....	19
▶ Ocupació laboral.....	21
▶ Economia familiar i impacte de l'epidèmia i el confinament en la mateixa economia.....	23
▶ Índex de precarietat socioeconòmica	32
Hàbits i estat de salut durant el confinament.....	33
▶ Permanència a casa	33
▶ Augment del consum	35
▶ Comunicació de la informació sobre l'epidèmia.....	36
▶ Impacte en la gent. Sensació subjectiva	39
▶ Estat de salut. Relació amb la infecció per SARS-CoV-2.....	42
El cas dels treballadors en l'àmbit de la salut.....	47
▶ Problemes ètics	52
Avaluació de l'impacte emocional de la primera onada de l'epidèmia COVID-19	54
Discussió i consideracions generals	57
Conclusió	67
Referències	69
Annex.....	78
Enquesta	78

Prem el número de pàgina de l'índex per accedir al contingut.

Introducció

El 30 de març del 2020 ja s'havien notificat 16.157 casos confirmats de SARS-CoV-2 i 1.410 defuncions degudes a la malaltia a Catalunya (1), i a Espanya 78.797 i 6.528, respectivament (2). En aquell moment d'alta transmissió comunitària de la infecció, es consideraven totes les persones amb un quadre respiratori compatible com a casos de SARS-CoV-2 malgrat que, a causa de la manca de kits i de personal i de la saturació del sistema de salut en aquell context d'emergència, la situació no permetia efectuar cap diagnòstic etiològic (3,4).

L'aparició d'altres brots importants de malalties infeccioses en el passat ha demostrat que aquests fenòmens tenen un impacte important en els individus i les comunitats. Tant els efectes psicològics de la malaltia en si com l'experiència traumàtica en els éssers estimats es manifesten a títol individual i als sistemes de salut, però també s'hi veuen greument afectats l'ecosistema social i l'economia familiar (5).

L'impacte en la societat i les polítiques de salut pública

Després de més de dos mesos des del primer cas notificat a Espanya i tres setmanes de quarantena i autoaïllament a Catalunya, la càrrega emocional de la comunitat havia augmentat. Gràcies a estudis elaborats en països castigats pel virus SARS-CoV-2 abans que el nostre i a l'experiència d'altres vegades en què s'ha sotmès la població a quarantenes massives, sabem que aquestes situacions deixen una empremta important en la salut mental de la gent (6-9). Si bé aquest impacte és en general negatiu, també és clar que cert nivell d'ansietat i alerta és necessari perquè les persones adoptin lliurement i de forma rigorosa les mesures de precaució recomanades en el

context de brots infecciosos (10). És per tot això que es considera essencial comprendre les actituds i mesurar les conseqüències psicològiques en els ciutadans per poder implementar amb èxit les intervencions de salut pública.

El cas concret dels professionals de la salut

D'altra banda, molts dels casos confirmats són de treballadors en l'àmbit de la salut. A més de tenir un risc evident d'infecció, aquest personal de primera línia està sotmès a uns nivells elevats d'estrès i ansietat. Això empitjora a mesura que augmenta la tensió en el sistema de salut, ja que aquests professionals necessiten afrontar problemes ètics importants. En aquest sentit, l'epidèmia de SARS va mostrar no només que els empleats d'atenció mèdica de primera línia van patir estrès crònic, sinó també que els va durar com a mínim fins un any després d'acabar el brot (11).



Davant de tot això, un grup d'investigadors de l'Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP), a Can Ruti, preocupats per l'impacte que la COVID-19 té sobre les persones, va elaborar una enquesta per saber l'efecte que té l'epidèmia sobre la gent, els professionals sanitaris inclosos, no només pel

que fa a la salut sinó també quant al benestar emocional i l'economia familiar. L'estudi tenia per objectiu, a banda de fer un retrat del que ens estava passant com a societat, identificar quins grups poblacionals podien patir un grau més gran d'impacte en els àmbits social i psicològic, per tal de poder dissenyar intervencions dirigides a ajudar-los. El projecte (ClinicalTrials.gov – Identifier: NCT04378452) va ser una iniciativa nascuda en el consorci SMA-TB (www.smatb.eu) en la qual també van col·laborar l'Institut de Recerca Sant Joan de Déu i la Fundació Lluita contra la Sida.

El qüestionari contenia preguntes relacionades amb la depressió, l'ansietat, l'estrès i la síndrome d'estrès posttraumàtic que ja han servit en altres brots epidèmics i en situacions de catàstrofes, però també preguntes adaptades al nostre entorn. El grup, que habitualment treballa en tuberculosi, fa quatre anys va obrir una línia de recerca centrada a mesurar la qualitat de vida de la gent en el context de les malalties infeccioses, per tal d'estudiar les persones malaltes des d'un punt de vista més holístic i humà (12,13).

Mètodes

L'enquesta

L'enquesta (disponible en català, castellà, anglès i italià) estava composta per 74 preguntes (annex 1) relacionades amb la demografia, l'esfera socioeconòmica, els hàbits i l'estat de salut durant el confinament i l'àmbit de la salut mental. Aquestes darreres preguntes es van escollir perquè han estat incorporades en escales validades (14, 15) i estan connectades amb símptomes de depressió, ansietat percebuda, estrès percebut i trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT, que inclou –segons el DSM-V–: a) símptomes intrusius associats a l'esdeveniment [malsons, records, etc.], b) símptomes d'evitació persistent als estímuls associats a l'esdeveniment, i c) símptomes d'hipervigilància).

L'enquesta va ser compartida a través de les xarxes socials per tal que esdevingués viral i es poguessin aconseguir com més respostes millor, basant-se en una estratègia dita de bola de neu que fa que tothom pugui col·laborar en aquest estudi de participació ciutadana.

L'anàlisi

Tots els resultats es van obtenir tenint en compte que els enquestats eren part de la totalitat de la cohort d'enquestats, en total per categoria i desglossats en percentatges segons les distribucions condicionals considerant, d'una banda, el gènere dels enquestats, i, de l'altra, l'edat.

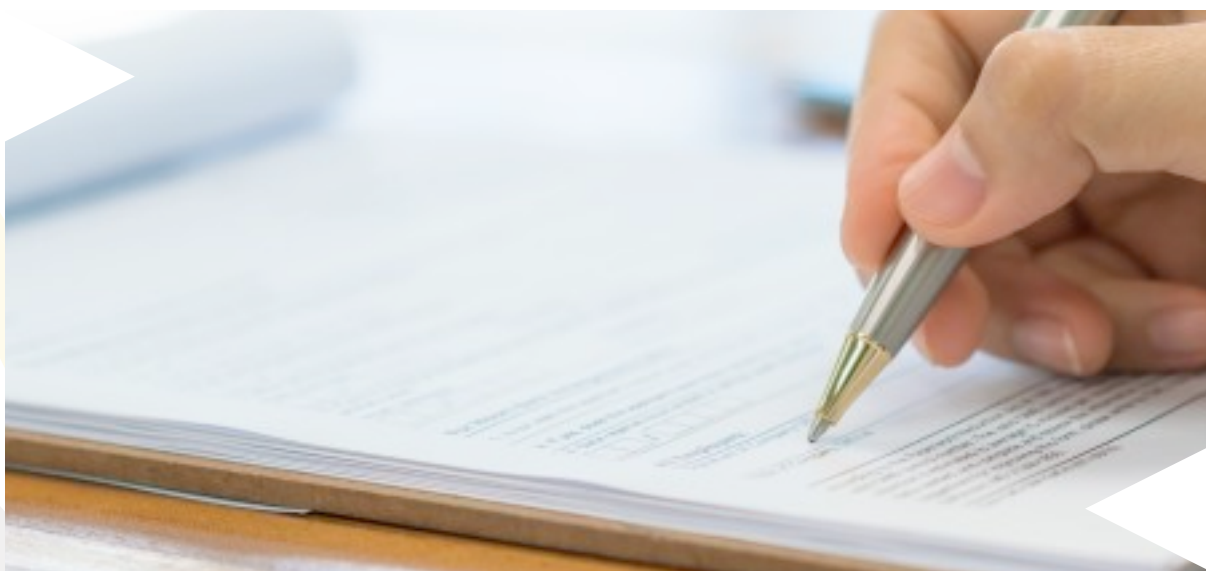
Com que no hi havia criteris específics per a l'estratificació per edats que fos significativa per a totes les preguntes, es va optar per dividir el rang d'edat en la cohort en quatre grups per contenir una mida de mostra similar. Així, i

tenint en compte el volum de respostes obtingut, s'han determinat estadísticament uns segments d'edat per tal que fossin homogenis quant al nombre d'enquestes completades per grup: de menys de 42 anys, de 42 a 52, de 52 a 61 i de més de 61 anys. Les franges d'edat que s'esmenten s'han fet servir al llarg de tota l'anàlisi, malgrat que som conscients que això pot representar un biaix que en alguns casos pot ser important, sobretot en el cas dels més joves, ja que el tram des de la majoria d'edat fins als 42 anys és molt gran i representa col·lectius que, per algunes de les condicions que s'analitzen, poden ser molt diversos.

Tot i que el percentatge de gent que va respondre que s'identifica amb el gènere no-binari o bé va preferir no dir amb quin gènere s'identifica és molt petit en relació amb el nombre total de respostes, hem cregut important tenir en compte aquests dos col·lectius a l'hora d'analitzar la majoria dels resultats, ja que això enriqueix les conclusions. Totes les dades de gènere que es donen per a tots els resultats són, com en el cas de les franges d'edat, en percentatges i corregides pel volum de resultats que es van obtenir. L'anàlisi estadística, tanmateix, moltes vegades no permet considerar els volums mínims de contestes, i per això només es compara el grup *dones* vs. *homes*.

Gràcies a la dada del codi postal, hem observat on vivien els enquestats en funció de la densitat de població (habitants/km²) del municipi on vivien. Els grups s'han establert de manera que a cada franja hi hagi una quantitat similar de respostes i han quedat de la manera següent: densitat de població baixa: <700 habitants/km²; densitat mitjana-baixa: 700-2.500; densitat mitjana-alta: 2.500-14.400, i densitat alta: 14.400-21.400. S'ha fet servir aquesta categorització per veure si aquest valor influïa d'alguna manera en els resultats de les variables principals (índex i índexs de salut mental).

Els percentatges de resposta es van calcular segons el nombre d'enquestats per cada resposta del nombre total de contestes de cada pregunta. Per avaluar si les variables categòriques estaven significativament relacionades o no, vam aplicar la prova Chi-Square d'independència en els recomptes observats. Les preguntes es van agrupar en índexs (índex de precarietat socioeconòmica, de depressió, d'ansietat, d'estrès o TEPT). La puntuació de l'índex de precarietat socioeconòmica i la de l'índex de densitat de població dels enquestats es van segmentar en quatre grups cadascun. Els criteris per a aquesta divisió es van fer per tenir grups equilibrats quant al nombre d'enquestats a cada categoria. Hem fet una anàlisi bivariant entre les puntuacions i les variables sociodemogràfiques. Les diferències en la distribució de la puntuació entre diferents grups es van avaluar comparant les distribucions de probabilitat mitjançant una prova de rang signada per Wilcoxon a dues bandes i recollint el valor p utilitzant la funció *signrank* de Matlab (16, 17).



Tots els tests es van aplicar bilateralment i tenint en compte una significació del 5% ($p < 0,05$).

Resultats

Dades generals i socioeconòmiques

Població en estudi, dades generals

Per fer aquesta anàlisi, es van considerar 56.656 respostes, obtingudes entre el 3 i el 19 d'abril del 2020. L'origen de les contestes era majoritàriament de Catalunya (52,8%), seguit de la resta d'Espanya (46%) i altres països (1,2%)(figura 1).



Figura 1: Distribució de l'origen de les enquestes completades.

El 71,84% estaven aparellats (casats o en parella) i el 28,15% no (solters, 14,11%; divorciats, 10,65%; o vidus, 3,41%), i hi havia diferències estadísticament significatives en aquests percentatges tant desglossant per gènere (dones vs homes, $p < 0,01$) com per franges d'edat ($p < 0,01$) (figures 2-4).

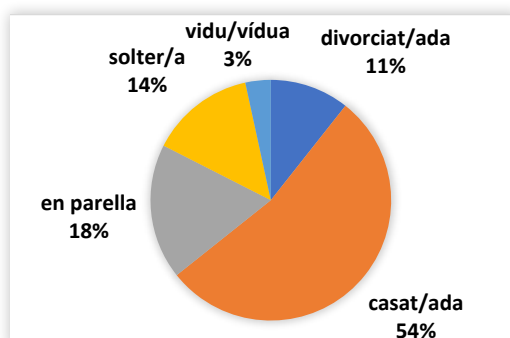


Figura 2: Estat civil; percentatges totals.

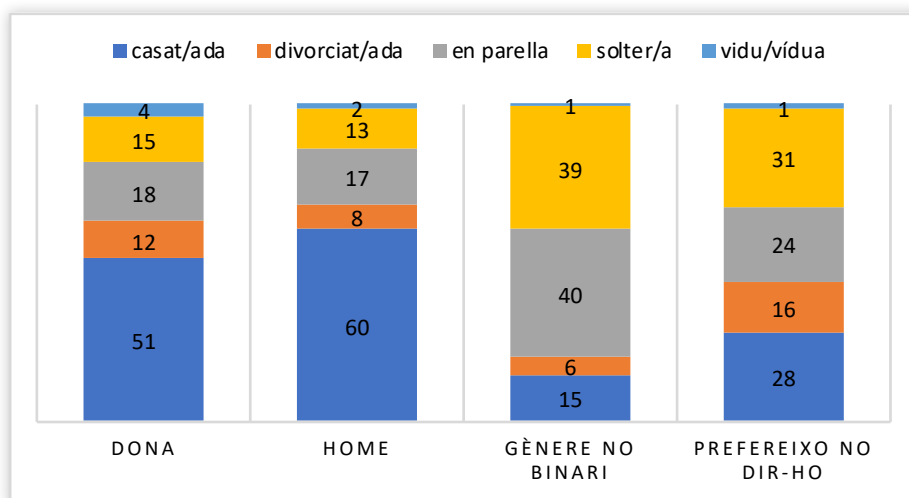


Figura 3: Estat civil; percentatges per gènere.

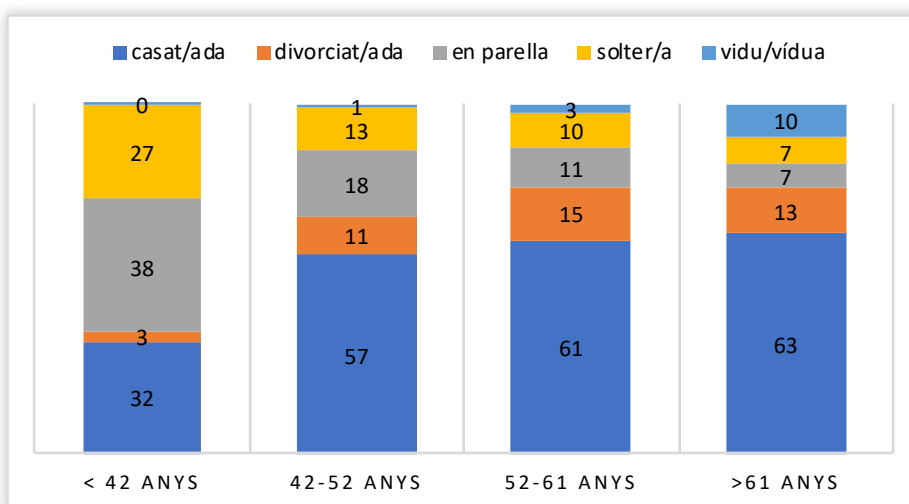


Figura 4: Estat civil; percentatges per franges d'edat.

El 40% dels enquestats van dir que no tenien cura de ningú. A la Figura 5 es representa la suma de respostes per tipus. La cura de menors de 16 anys va ser la més freqüent, seguida de la dels progenitors. La Figura 6 mostra els resultats un cop disgregats per gènere, ponderats pel nombre de respostes d'aquesta categoria. Donat el pes massa petit de les contes-tes que corresponen als de gènere no-binari o que van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen, l'anàlisi estadística s'ha fet entre els grups d'en-questats *dones vs. homes*. En aquest sentit, les diferències per gènere són estadísticament significatives ($p < 0.01$). Entre els 42 i els 61 anys és quan

es té més càrrega de cura de tercers, i de forma significativa ($p < 0,01$) (figures 6-7).

Com que aquesta pregunta era de resposta múltiple, els qui responien sí podien marcar diverses contestes a la vegada (essent: 0, *no tinc ningú a càrrec*; 1, volent dir que s'havia respost sí a una de les opcions; 2, a dues; 3, a tres, i així successivament). El 4,79% dels enquestats tenien una càrrega molt important (van marcar tres o més opcions de gent a càrrec), i en aquesta categoria també les dones s'emportaven la pitjor part (*dones vs. homes*, $p < 0,01$), així com la gent de la franja d'edat entre els 42 i els 52 anys ($p < 0,01$) (figures 8, 9).

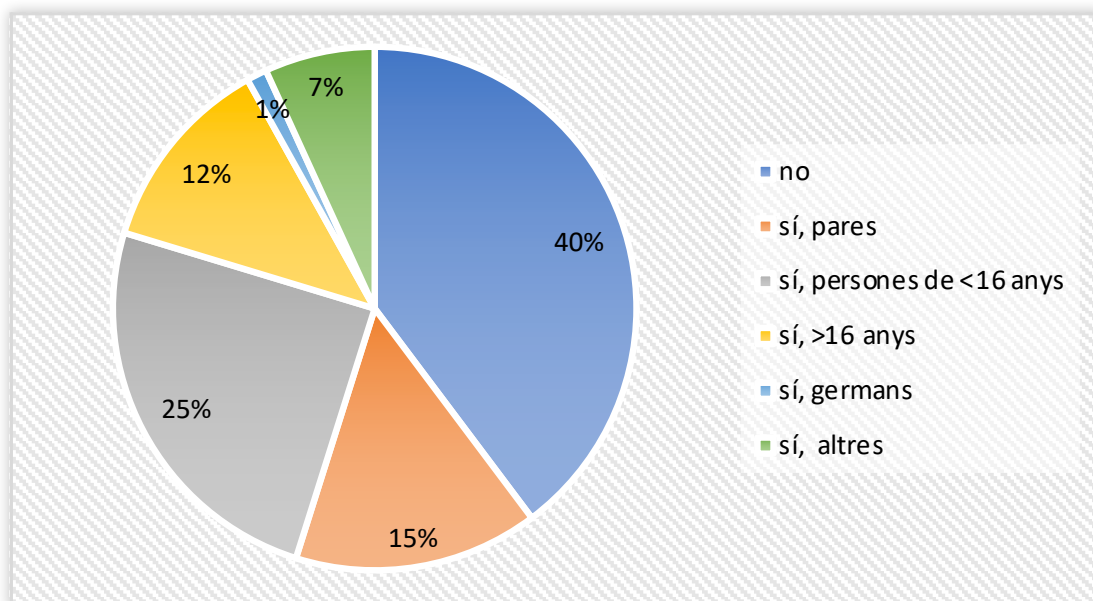


Figura 5: Cura de tercers; percentatges totals.

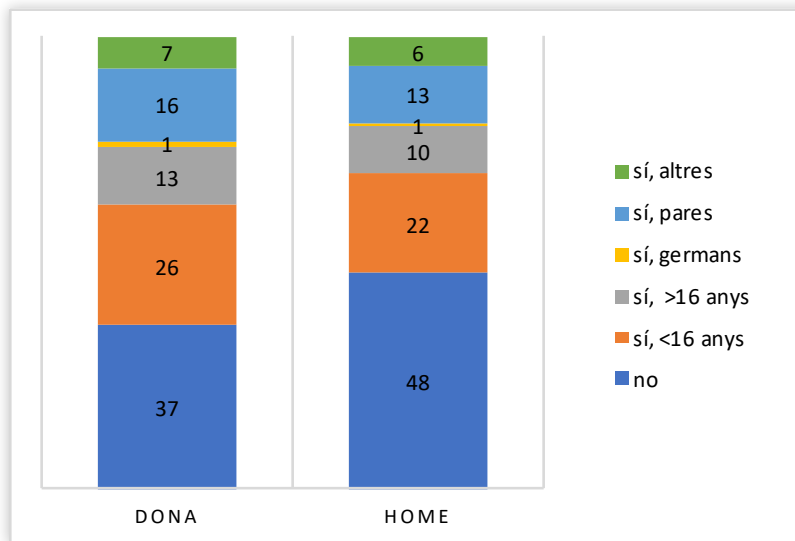


Figura 6: Cura de tercers; diferències entre dones i homes.

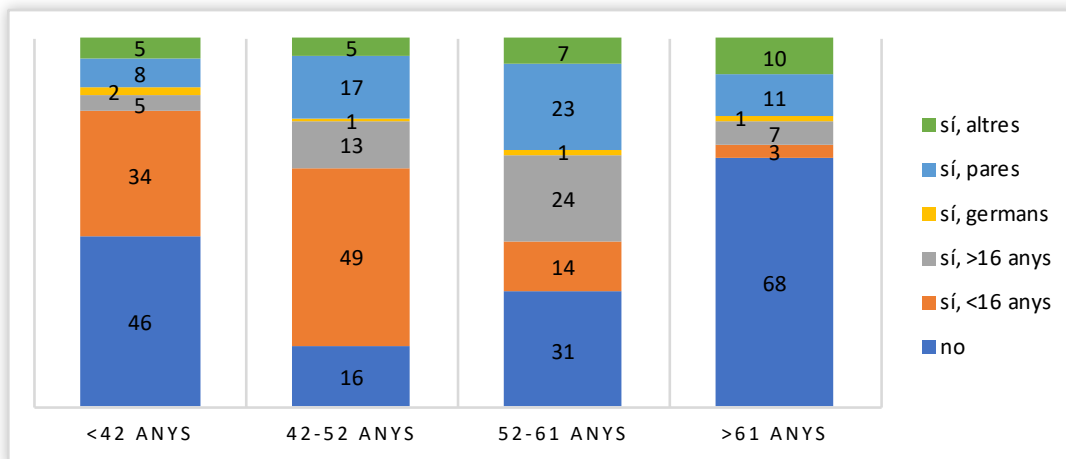


Figura 7: Cura de tercers; percentatges per franges d'edat.

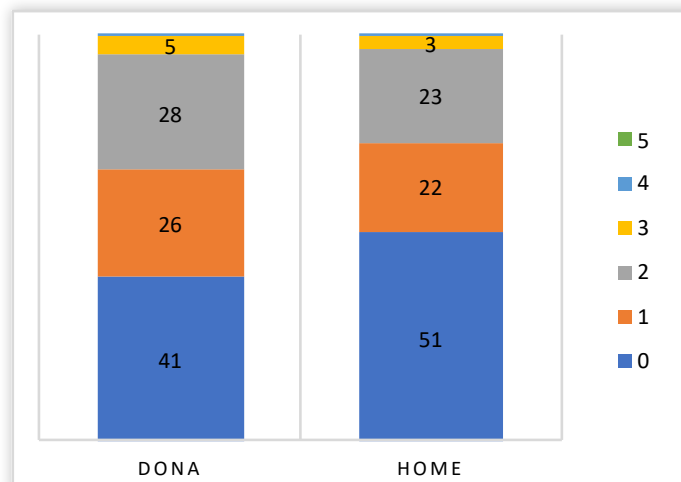


Figura 8: Diferències entre dones i homes quant a càrrega per nombre de respostes escollides: 0 significa que no té ningú a càrrec; 1, haver escollit una opció de les respostes positives; 2, haver-ne escollit dues, etc.

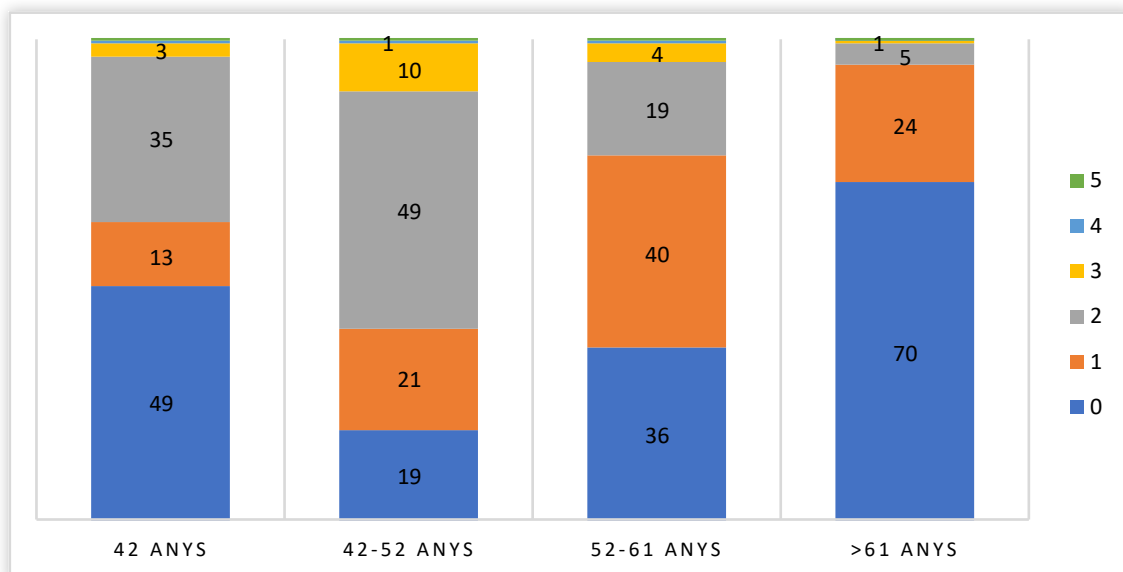


Figura 9: Diferències entre les diverses franges d'edat quant a càrrega per nombre de respostes escollides: 0 significa que no té ningú a càrrec; 1, haver escollit una opció de les respostes positives; 2, haver-ne escollit dues, etc.

Habitatge

El 91% dels enquestats viuen en una casa o pis propi (figura 10). Els resultats del tipus d'habitatge segons el gènere suggereixen que els qui s'identifiquen com a gènere no-binari (n=87) o van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen (n=68) viuen amb més precarietat: el 35,63% i el 27,53%, respectivament, van declarar que viuen en una casa o pis compartit, en una cambra rellogada o que eren sensesostre, percentatges molt alts en comparació amb els qui s'identifiquen com a dona (8,78%) o home (9,00%). Els resultats entre els grups dividits per gènere només es van poder analitzar estadísticament entre els percentatges *dones vs. homes* i no s'hi van trobar diferències (figura 11). Els qui estan amb més precarietat quant a l'habitatge són els menors de 42 anys. La majoria dels qui comparteixen casa o pis estan en aquesta franja d'edat (un 18,43%), que també són els qui viuen en un habitatge propi en un tant per cent més baix. Un 5,20% dels majors de 61 anys viuen en una cambra rellogada, compartint pis o casa, o van dir que eren sensesostre. Les diferències entre els rangs d'edat van ser estadísticament significatives ($p < 0,01$, Figura 12).

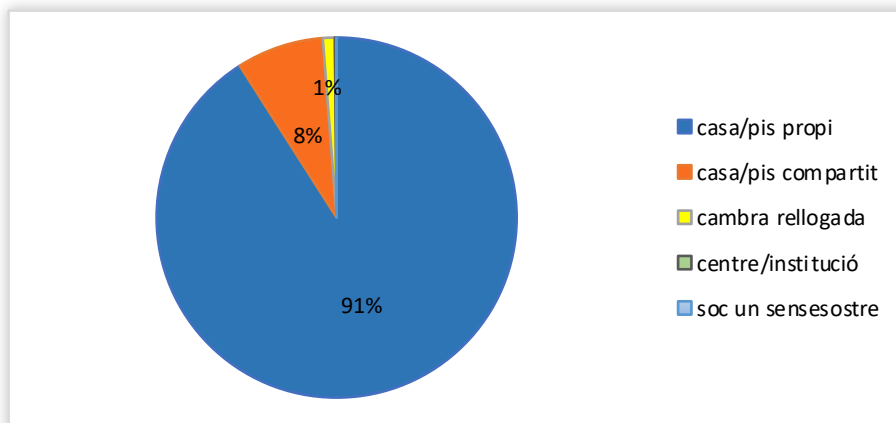


Figura 10: Percentatges totals per tipus d'habitatge.

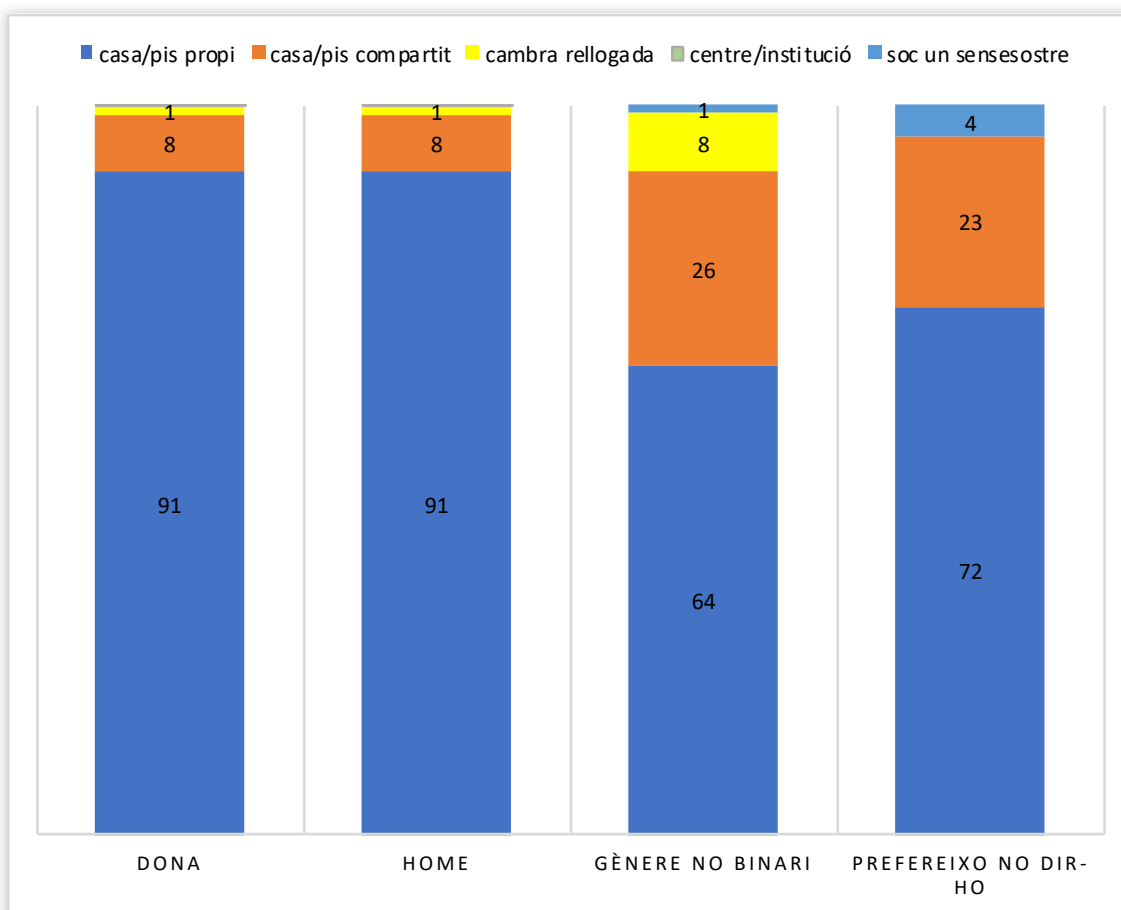


Figura 11: Tipus d'habitatge; percentatges per gènere.

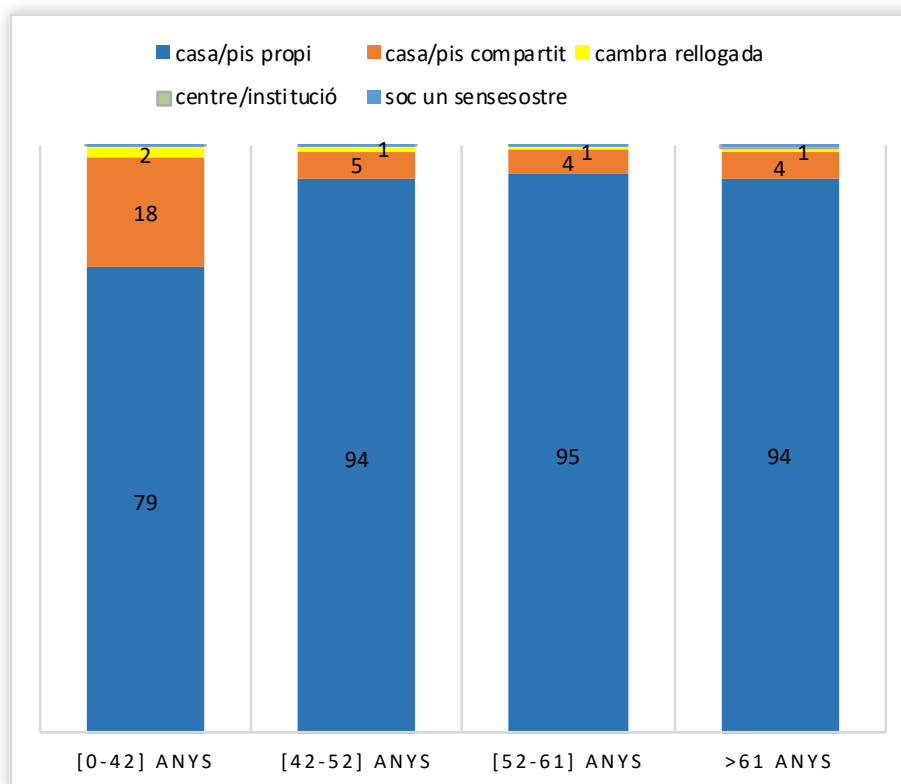


Figura 12: Tipus d'habitatge; percentatges per franja d'edat.

Grau d'estudis

La majoria d'enquestats són graduats/licenciats, seguits dels qui tenen batxillerat/FP. Els percentatges segons el màxim grau d'estudis obtinguts es troba a la Figura 13. Quant al gènere, el biaix que s'ha vist en altres estudis també s'observa aquí, així com l'anomenada *tisora de gènere*. Els homes tenen un percentatge més alt en la categoria de batxillerat/FP, mentre que les dones els superen en la de grau/licenciatura. Aquestes xifres s'igualen bastant si considerem la formació de màster però s'inverteixen en la de doctorat. Les diferències entre dones i homes són estadísticament significatives ($p < 0,01$) (figura 14). Pel que fa a l'edat, s'evidencia un percentatge més baix d'enquestats amb un nivell màxim d'estudis d'educació primària i ESO com més jove s'és, cosa que podria interpretar-se com un abandonament més reduït de l'educació. Hi ha més graduats/licenciats a partir dels 42 anys, i tot i que el percentatge de gent que ha obtingut el doctorat és

similar en tots els grups, els qui tenen un màster són més nombrosos en el tram d'edat més jove ($p < 0,01$), segurament perquè anteriorment no feia falta cap màster per a moltes titulacions i ara sí, degut al canvi de programa d'estudis (figura 15).

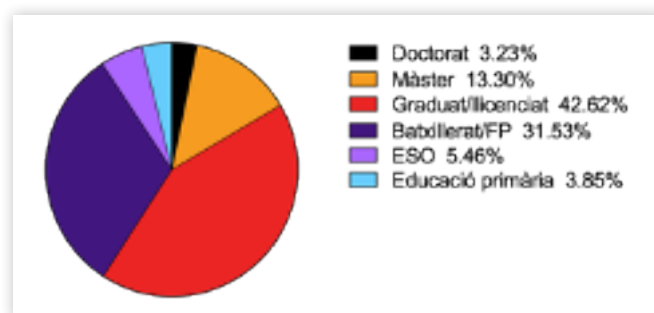


Figura 13: Graut màxim d'estudis; percentatges totals.

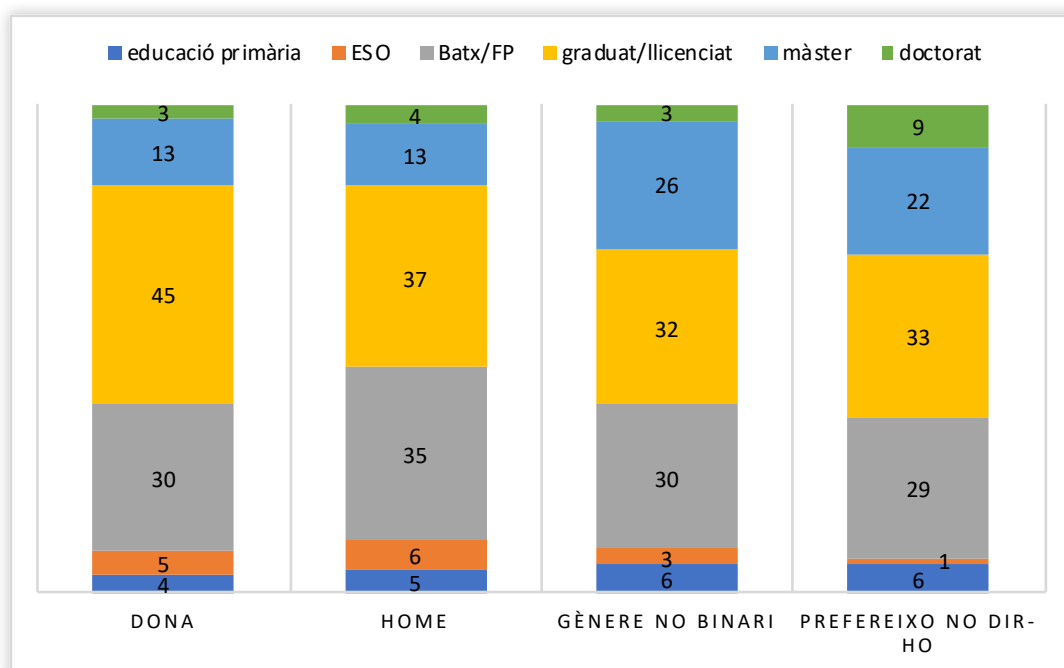


Figura 14: Graut màxim d'estudis; percentatges per gènere.

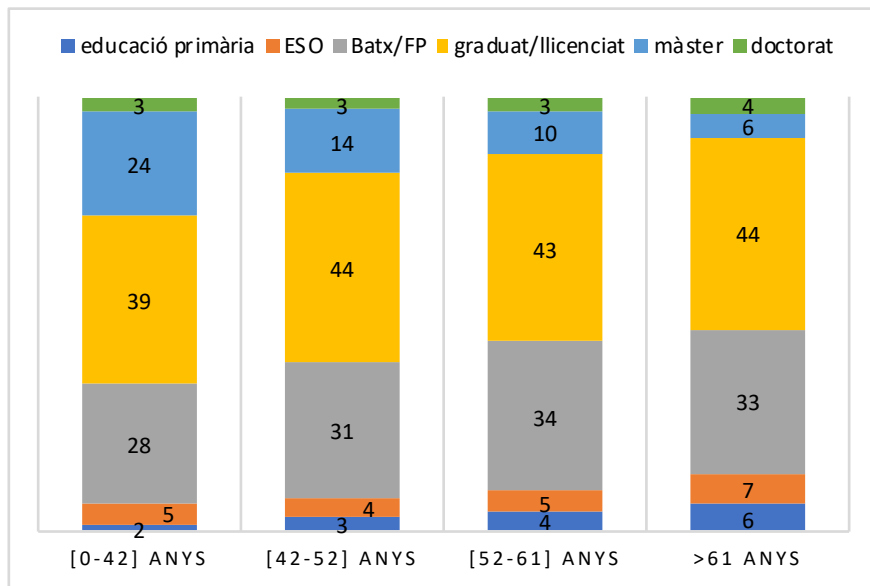


Figura 15: Grau màxim d'estudis; percentatges per franges d'edat.

Ocupació laboral

Els enquestats van dir que tenen un treball qualificat (36,13%), que són professionals de l'àmbit de la salut (en l'entorn sanitari, el 9,06%) o són autònoms (9,02%). Un percentatge gens menyspreable representa la categoria *Altres* (27,97%), que es va convertir en un calaix de sastre i va evidenciar un biaix ja que tant els estudiants com els jubilats s'inclouen en aquest apartat (figura 16).

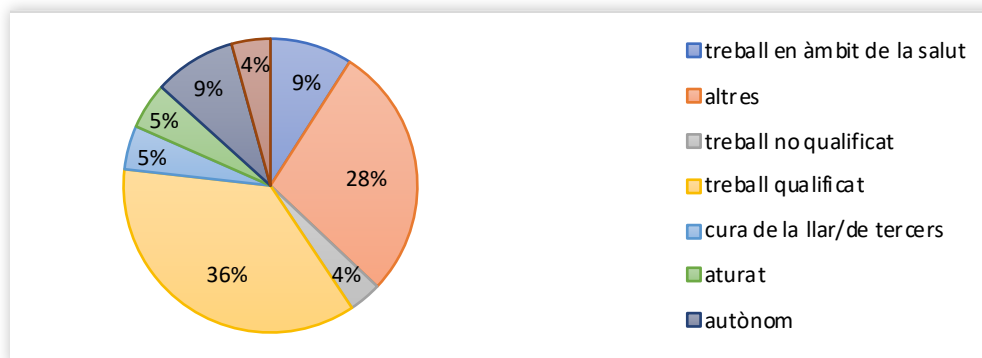


Figura 16: Ocupació laboral; percentatges totals.

Quant al gènere, hi ha més gent a l'atur entre els qui s'identifiquen amb el gènere no-binari (12,50%) o prefereixen no dir amb quin gènere s'identifiquen (11,41%), que les dones (5,29%) o els homes (4,54%). Les persones de gènere no-binari també tenen una feina no qualificada en un percentatge més elevat que la resta de grups (9,09% vs. 2,89-3,78%). Les dones són les que en un tant per cent més alt tenen cura de la llar o de tercers i treballen en l'àmbit de la salut, mentre que hi ha més homes empresaris en comparació amb totes les altres categories. Entre els autònoms, els qui van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen i els homes són majoria (figura 17). Els menors de 52 anys tenen més ocupacions qualificades que els grups de més edat. En canvi, entre els 42-61 anys els percentatges d'autònoms i propietaris d'una empresa pròpia són més alts. Els menors de 42 anys són els qui estan més a l'atur (7,63%) (figura 18). Tant les diferències per gènere com per franges d'edat són estadísticament significatives ($p < 0,01$).

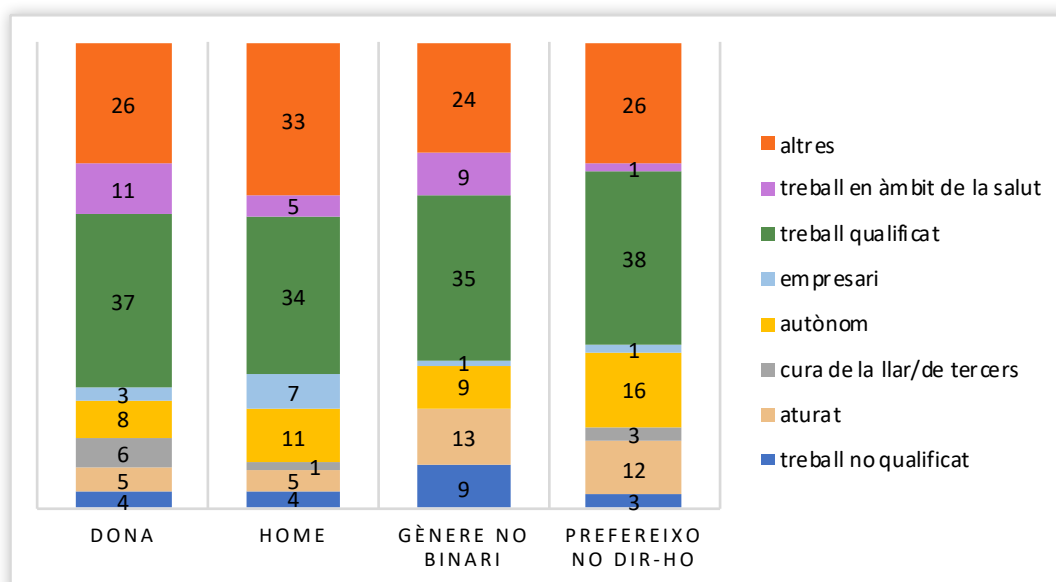


Figura 17: Lloc de treball dels enquestats; en percentatges per gènere.

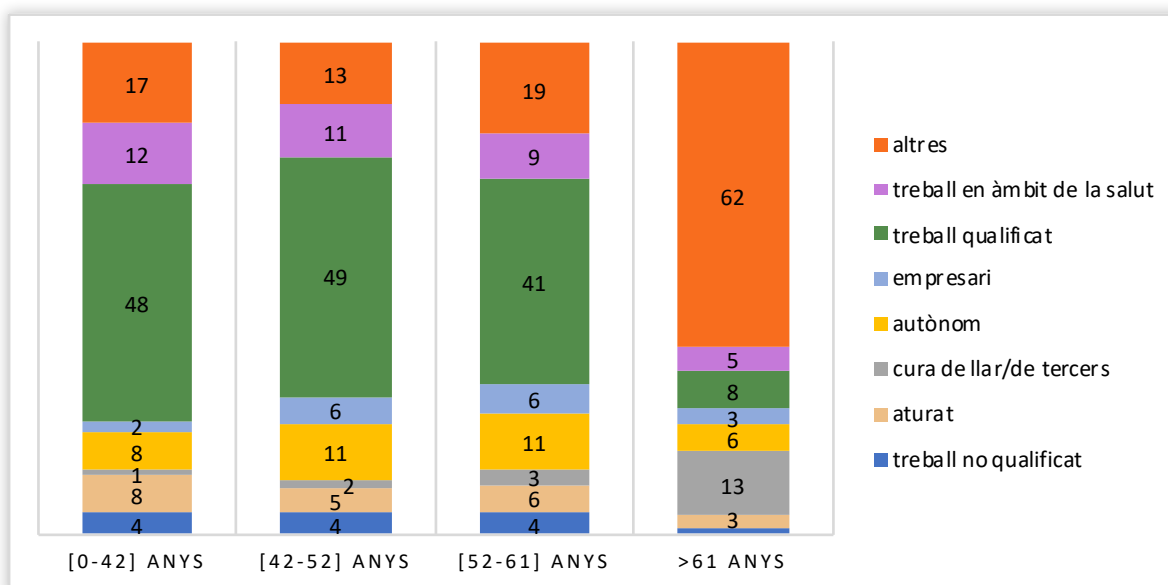


Figura 18: Ocupació laboral; en percentatges per franges d'edat.

Economia familiar i impacte de l'epidèmia i el confinament en la mateixa economia

En la majoria d'unitats familiars (que no sabem per quanta gent estan formades en cadascun dels casos), l'aportació econòmica la fan dues persones (66,91%), seguides de només una (25,32%) i més de dues (7,78%) (figura 19). En el cas de les persones identificades amb el gènere no-binari o que van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen, la contribució econòmica és més freqüent que sigui de més de dues persones o d'una persona sola que en els altres casos (figura 20). Per trams d'edat, el percentatge de les unitats familiars que se sostenen amb l'aportació econòmica d'una sola persona augmenta amb l'edat i arriba al màxim en el cas de la gent de >61 anys; això és atribuïble al fet que en la nostra mostra el tant per cent de vidus i divorciats creix amb l'edat. Els menors de 42 anys, en canvi, són els qui viuen més amb la participació econòmica de més de dues persones (figura 21). Tant les diferències per franges d'edat com per gènere són estadísticament significatives ($p < 0.01$).

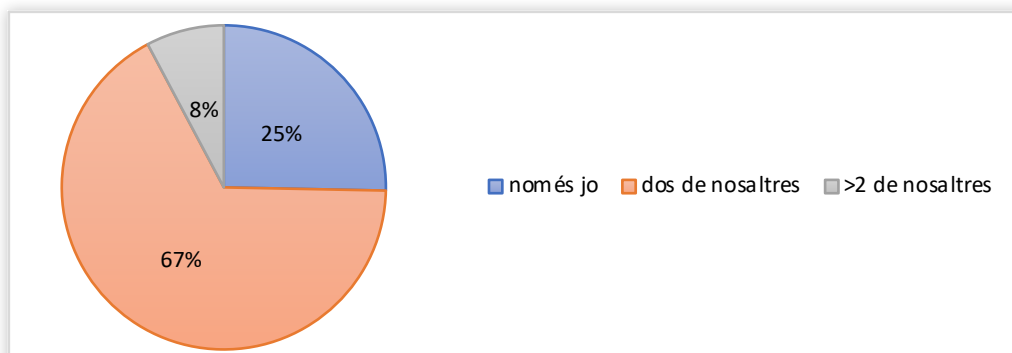


Figura 19: Aportació econòmica a la unitat familiar; percentatges totals.

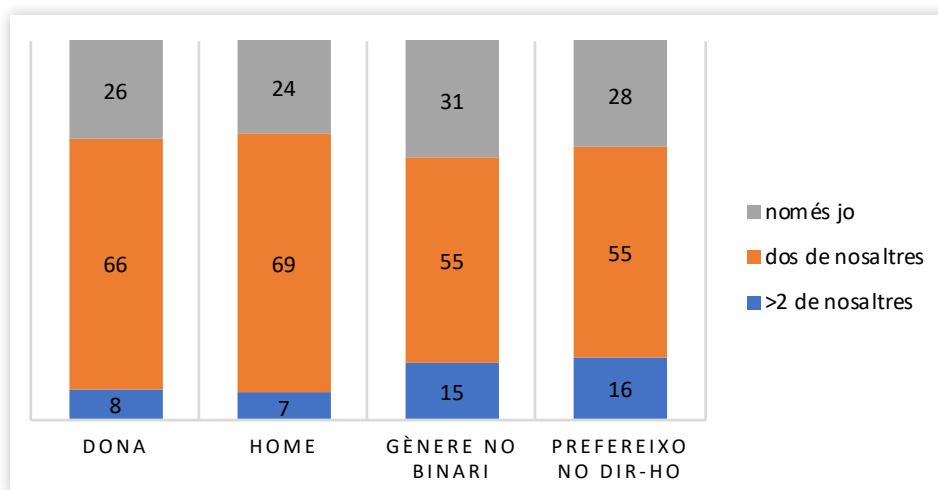


Figura 20: Aportació econòmica a la unitat familiar; percentatges per gènere.

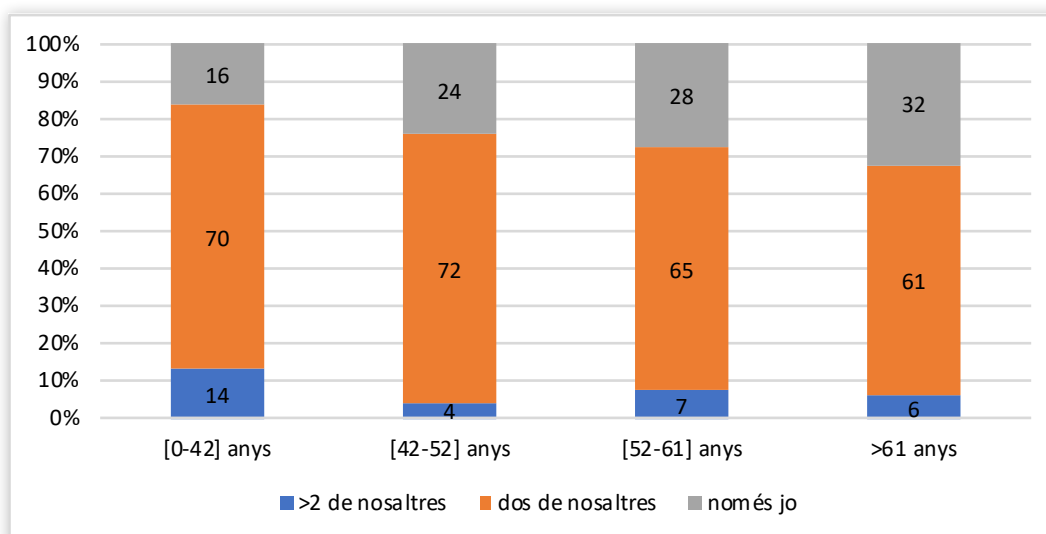


Figura 21: Aportació econòmica a la unitat familiar; percentatges per franja d'edat.

Només en dues setmanes de confinament, pràcticament el 25% de les persones que van respondre l'enquesta havien disminuït la dedicació laboral a causa de la situació epidèmica (figura 22). D'aquestes, un 10% aproximadament va patir aquesta reducció perquè l'empresa per a la qual treballaven va fer un EROTO, seguit dels casos en què a l'enquestat li havien anul·lat feines prèviament contractades o emparaulades. Es van trobar diferències significatives tant per gènere (*dones vs. homes*) com per franja d'edat (en ambdós casos, $p < 0,01$; figures 23, 24).

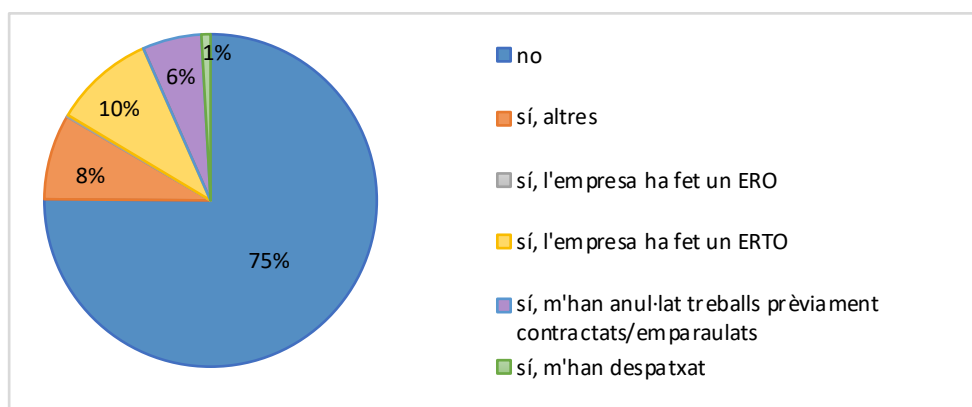


Figura 22: Pèrdua d'ocupació laboral; percentatges totals.

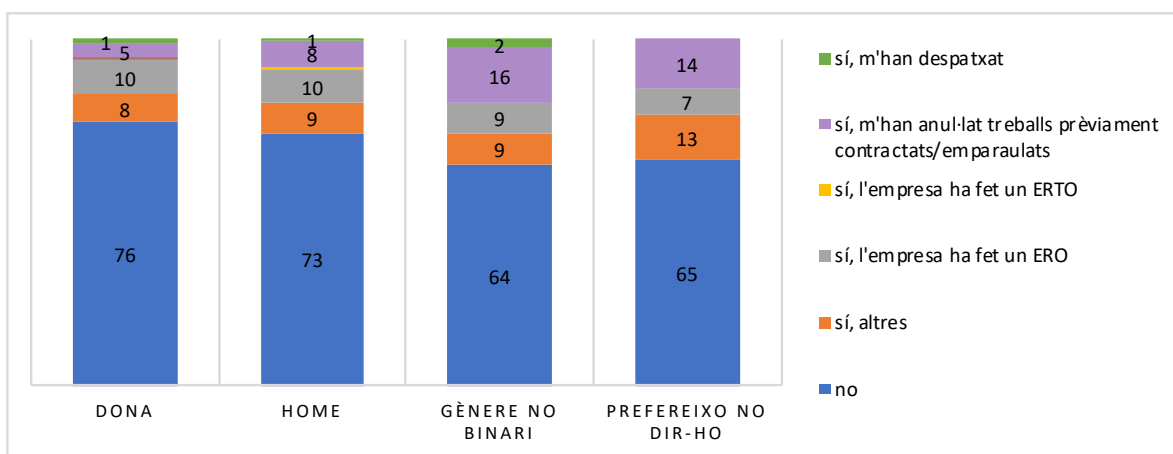


Figura 23: Pèrdua d'ocupació laboral; percentatges per gènere.

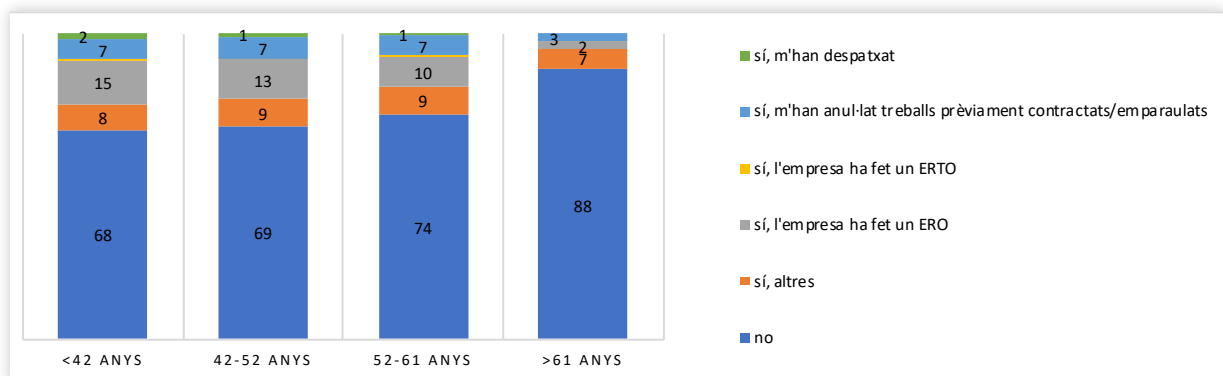


Figura 24: Pèrdua d'ocupació laboral; percentatges per franja d'edat.

El 20,67% de les persones enquestades van declarar que no tenien estalvis (figura 25). La gent de >61 anys són els més estalviadors, seguits dels menors de 42 anys (figura 26; $p < 0,01$). És possible que la gent d'entre 42 i 61 anys tinguin menys disponibilitat d'estalvis perquè compten amb més despeses, lligades al fet que tenen més gent a càrrec que la resta i a la vegada són els qui tenen més hipoteques i lloguers per pagar. També es van trobar diferències entre els grups segons el gènere (figura 27; $p < 0,01$).

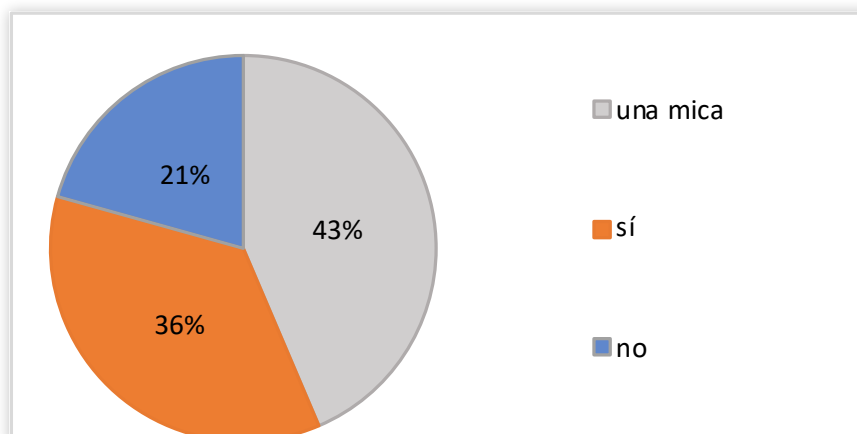


Figura 25: Disponibilitat d'estalvis; percentatges totals.

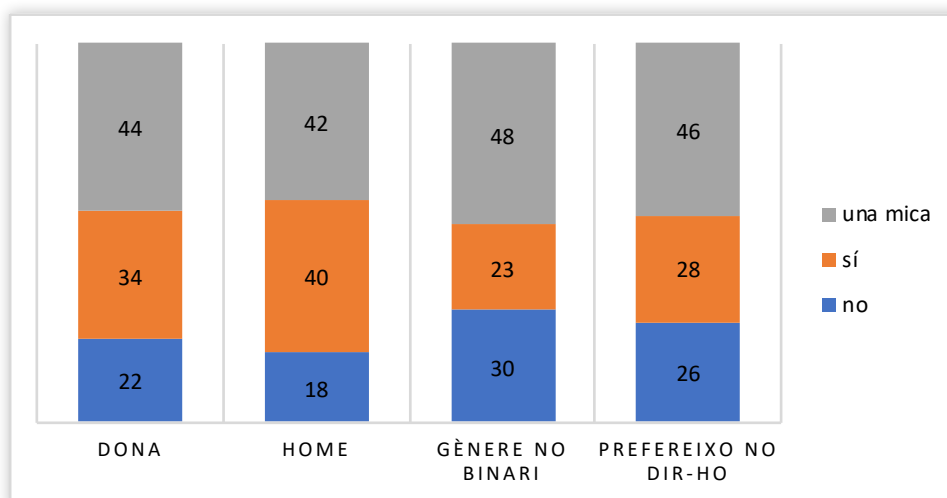


Figura 27: Disponibilitat d'estalvis; percentatges per gènere.

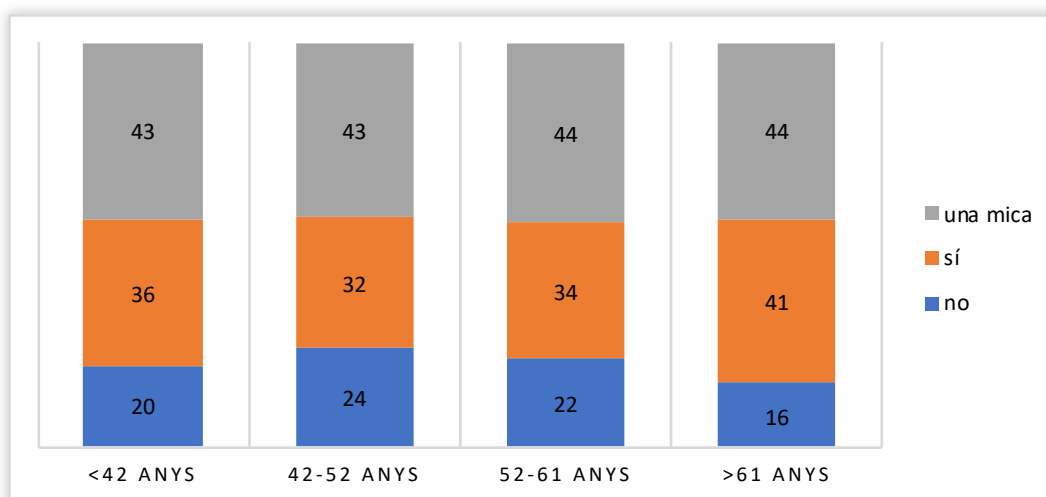


Figura 26: Disponibilitat d'estalvis; percentatges per franges d'edat.

Un 40% paga com a mínim una hipoteca i en el 5,37% dels casos, més d'una (figura 28). Es van trobar diferències entre els percentatges de les dones i dels homes ($p < 0,01$) i entre els de les franges d'edat ($p < 0,01$) (figures 29-30). El 24% paga lloguer, en un percentatge més gran els de gènere no-binari i els menors de 52 anys ($p < 0,001$ respecte als altres grups en ambdós casos) (figures 31-33).

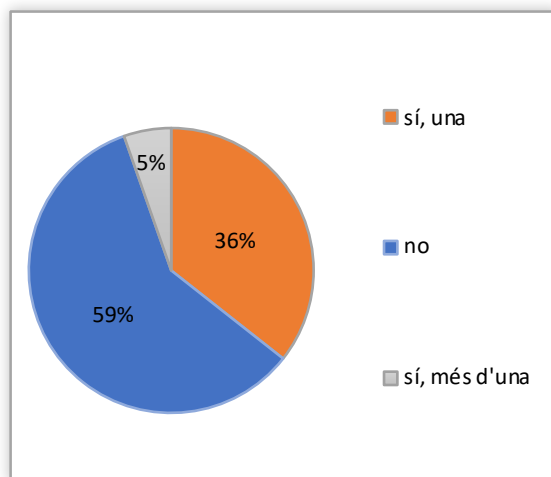


Figura 28: Pagament d'hipoteques; percentatges totals.

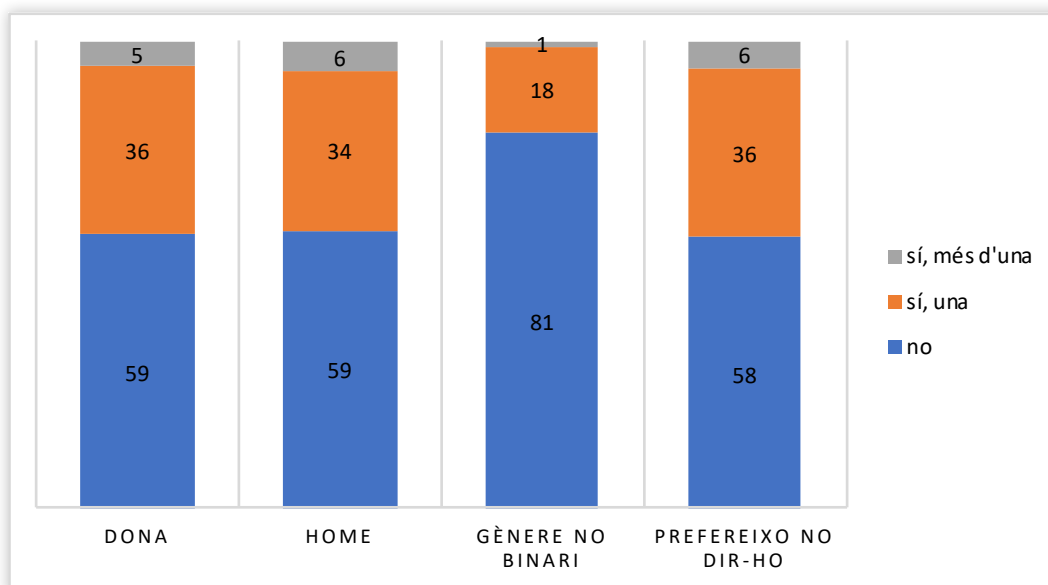


Figura 29: Pagament d'hipoteques; per gènere.

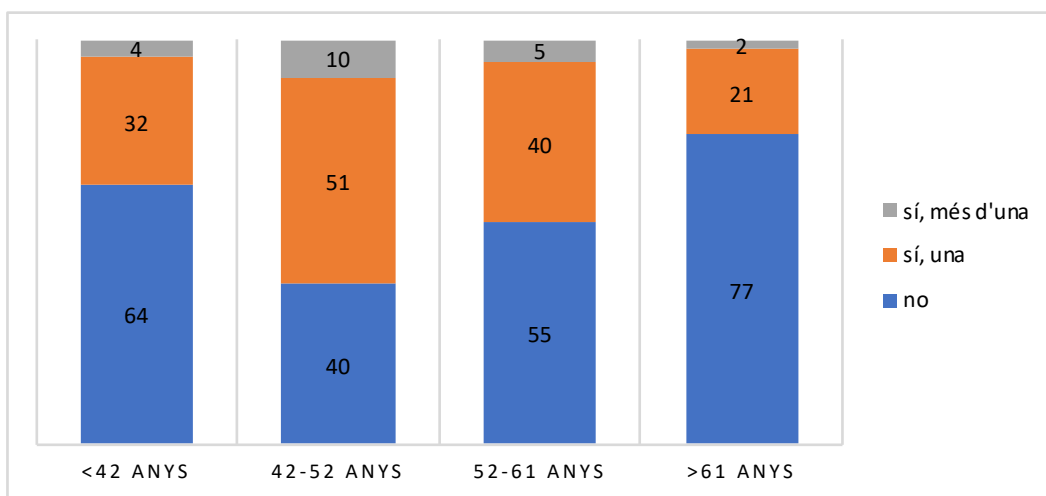


Figura 30: Pagament d'hipoteques, per franja d'edat.

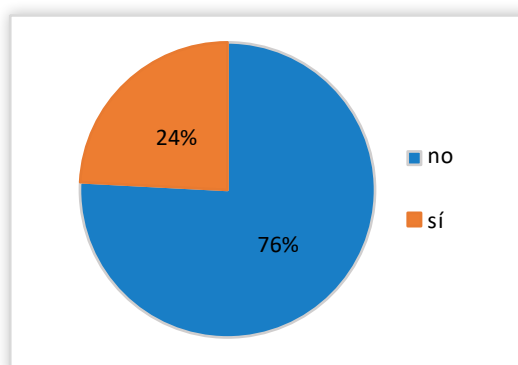


Figura 31: Percentatges segons si paguen lloguer o no.

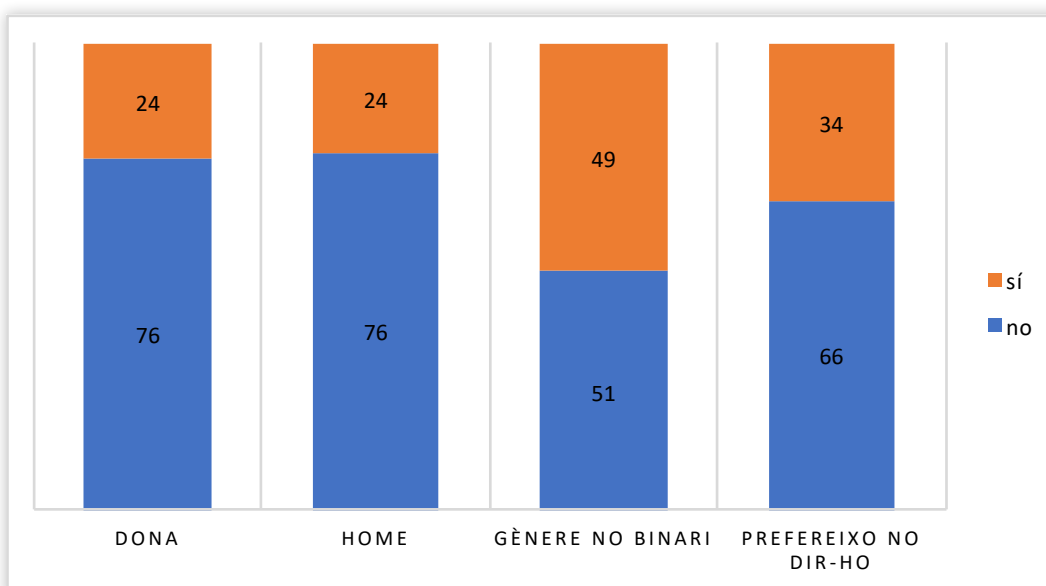


Figura 32: Pagament de lloguer; percentatges segons el gènere.

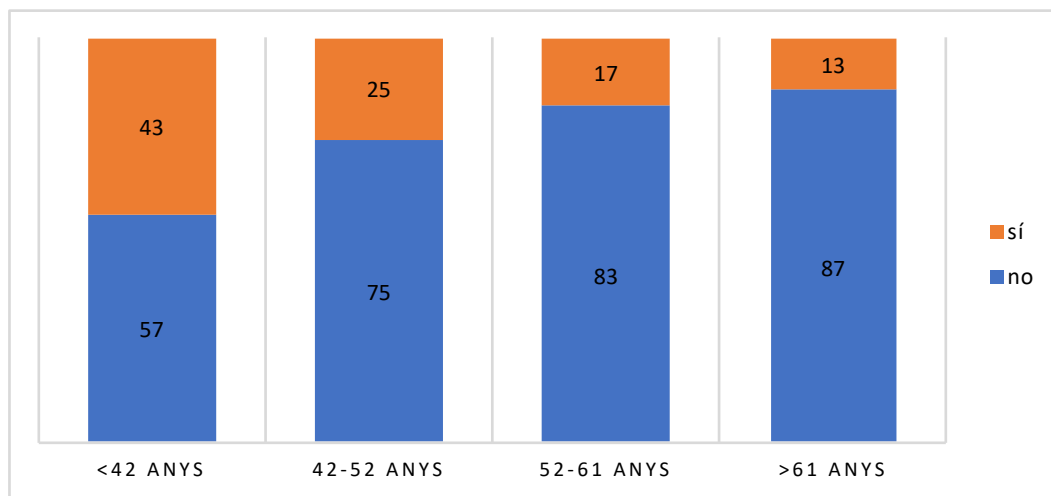


Figura 33: Pagament de lloguer; percentatges segons la franja d'edat.

La majoria de gent va declarar que s'hi mira amb les despeses (22,09%) o haver-les disminuït (60,67%) (figura 34).

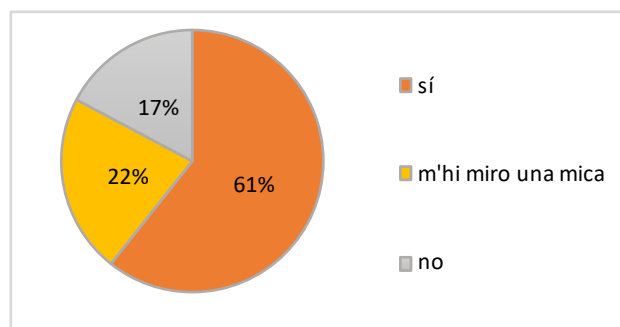


Figura 34: Disminució de despeses en percentatge.

Fins a un 8,78% dels enquestats van dir que havien demanat ajuts socials o que ho haurien de fer en breu (figura 35). De nou, les persones de gènere no-binari i les que van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen són les més perjudicades ($p < 0,05$), així com els menors de 52 anys ($p < 0,01$) (figures 36-37).

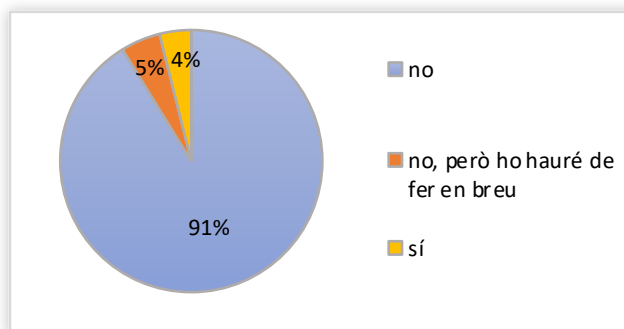


Figura 35: Demanda d'ajuts; percentatges totals.

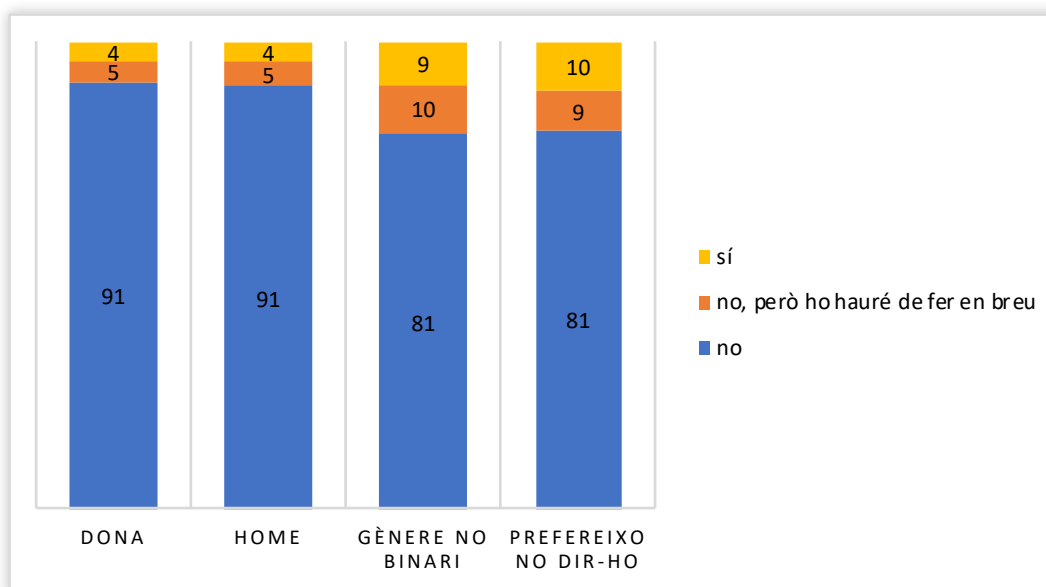


Figura 36: Demanda d'ajuts; percentatges per gènere.

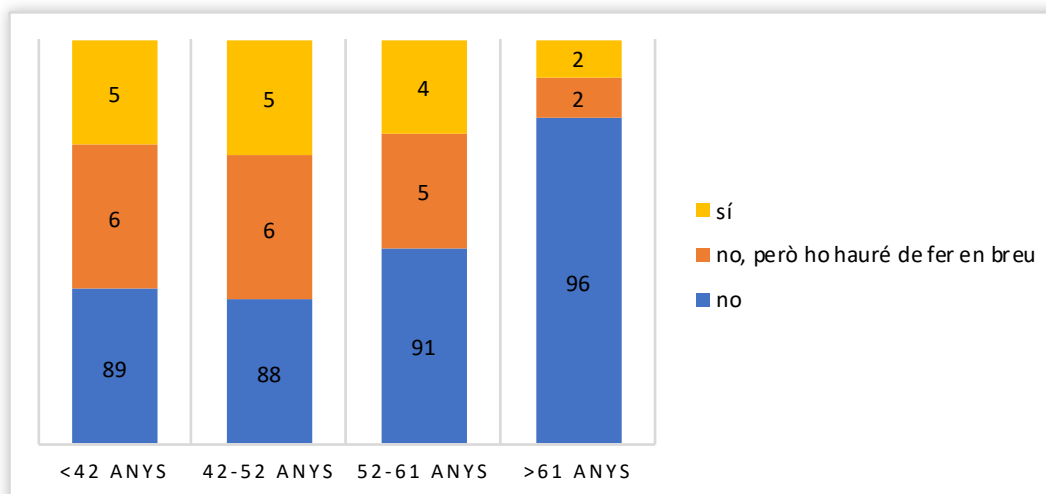


Figura 37: Demanda d'ajuts; percentatges per franja d'edat.

Índex de precarietat socioeconòmica

D'acord amb totes les preguntes anteriors, vam establir un índex de precarietat socioeconòmica, amb una escala que va de 0 a 19. El nombre de punts adjudicats a cada resposta de les preguntes incloses en aquest índex es detalla a l'annex.

Tenint en compte la quantitat de respostes obtingudes, les hem dividit en quatre franges de resultat de l'índex per tal que a cada grup hi hagi aproximadament el mateix nombre d'enquestats. Són: precarietat baixa <7; mitjana-baixa: 7-8.5; mitjana-alta: 8.5-10; alta: >10. Així, ens trobem que els qui tenen un índex de precarietat més alt són els <42 anys, seguits pels de >61 anys i els qui s'identifiquen amb el gènere no-binari. Tant les diferències per gènere com per franges d'edat són estadísticament significatives ($p < 0,01$) (figura 38). A la taula 3 s'ha analitzat la correlació entre aquest índex i els resultats dels índexs de salut mental.

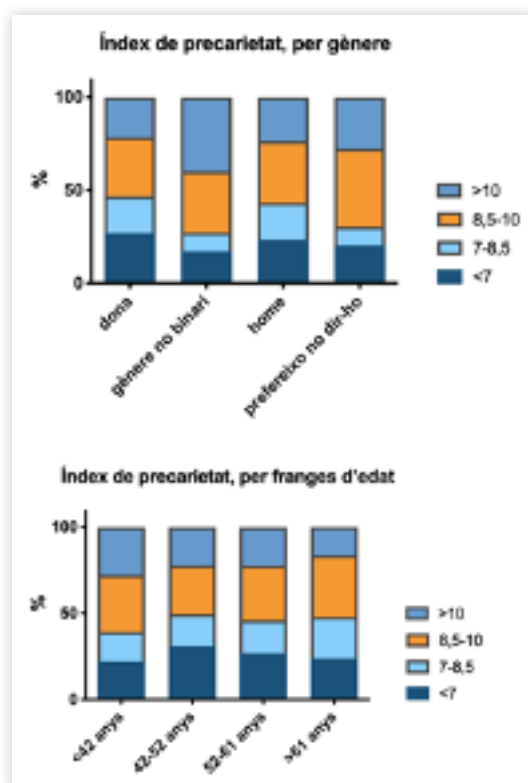


Figura 38: Índex de precarietat segons el gènere i les franges d'edat.

Hàbits i estat de salut durant el confinament

Permanència a casa

Tenint en compte que les respostes que s'analitzen en aquest informe es van aconseguir en ple brot epidèmic, i que feia quinze dies que s'havia declarat el confinament total de la població a Catalunya (i aproximadament deu dies a l'estat espanyol), davant la pregunta "Aquests dies et quedes a casa?", un 85,33% van dir sí (dels quals el 30,13% teletreballaven) i un 14,67% que no, perquè la seva feina era en serveis essencials (13,32%), perquè necessitaven treballar (0,94%) o bé els obligaven a anar a la feina (0,40%) (figura 39).

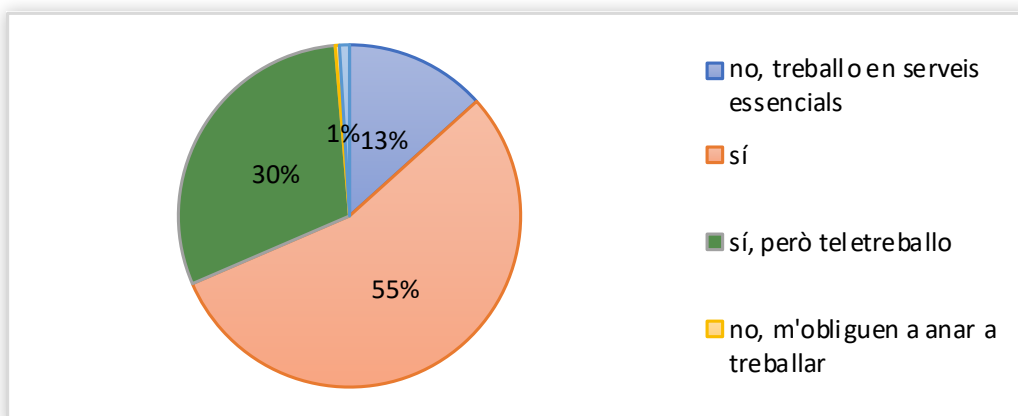


Figura 39: Permanència a casa; percentatges totals.

Quant al gènere (figura 40), es veu que el percentatge de treballadors en serveis essencials és més alt en dones i persones identificades amb el gènere-no binari. Els qui s'identifiquen amb el gènere no-binari o van preferir no dir amb quin gènere s'identifiquen van declarar que no es quedaven a casa perquè els obligaven a treballar en un tant per cent superior als qui s'identifiquen com a dona o home. Entre els qui van dir que no romanien a casa perquè necessitaven treballar, totes les categories van treure un percentatge més elevat que les dones, i el mateix va succeir en els qui eren

obligats a treballar presencialment. Els de 42-52 anys són els que es van quedar menys a casa, mentre que els menors de 42 i els majors de 61 són els que hi van romandre més (figura 41). Tant les diferències per gènere com per franja d'edat són significatives ($p < 0,01$).

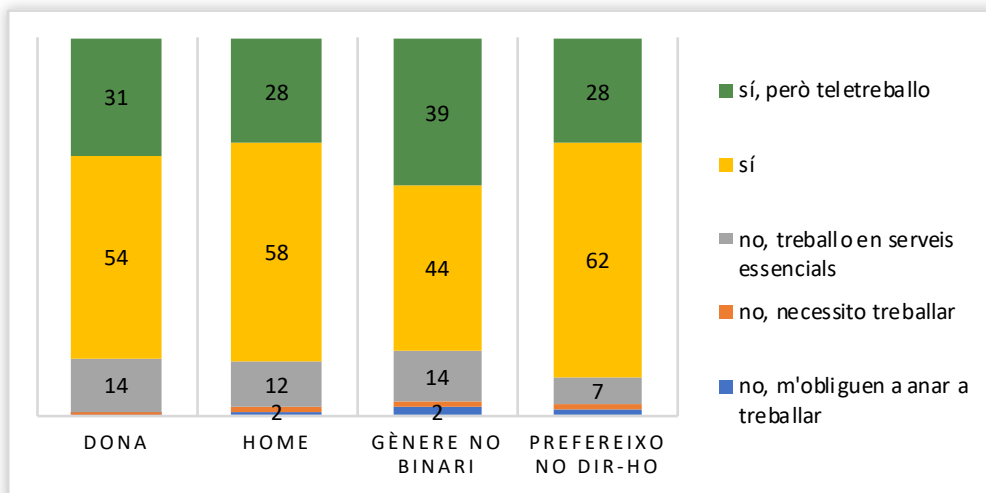


Figura 40: Permanència a casa; percentatges per gènere.

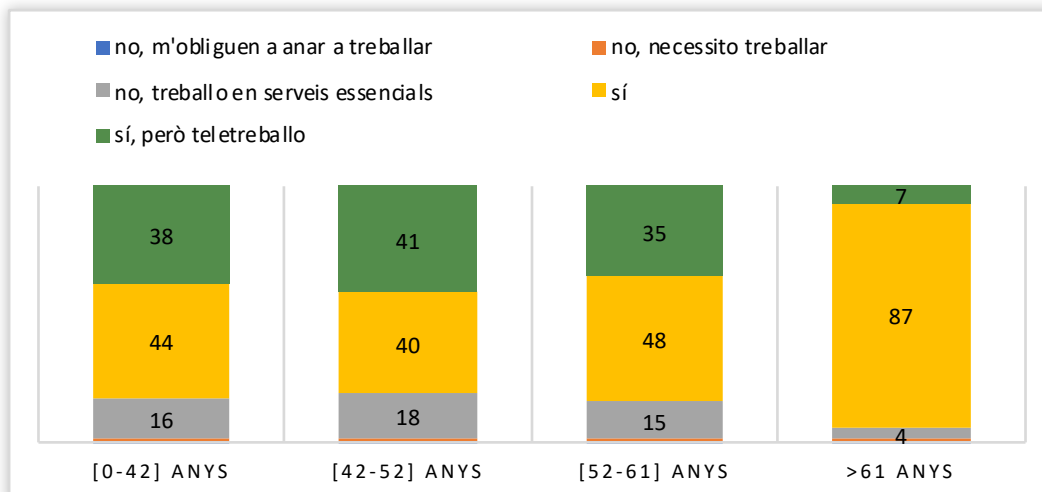


Figura 41: Permanència a casa durant el confinament; percentatges per franja d'edat.

Augment del consum

Davant de la pregunta "Estàs consumint més?", el 42,05% dels enquestats van afirmar que sí: la majoria menjaven més, seguits (de lluny) pels qui

fumaven més i els qui bevien més begudes alcohòliques (figura 42). Tret del consum de drogues il·legals, que es va incrementar més en homes, les dones van ser les que van augmentar més la ingesta de totes les altres substàncies de manera significativa (figura 43; $p < 0,01$), així com els més joves respecte als més grans (figura 44; $p < 0,01$).

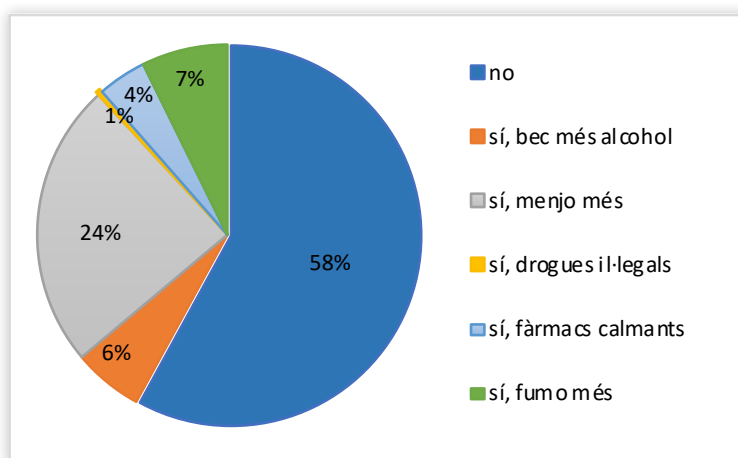


Figura 42: Augment del consum de substàncies durant el confinament.

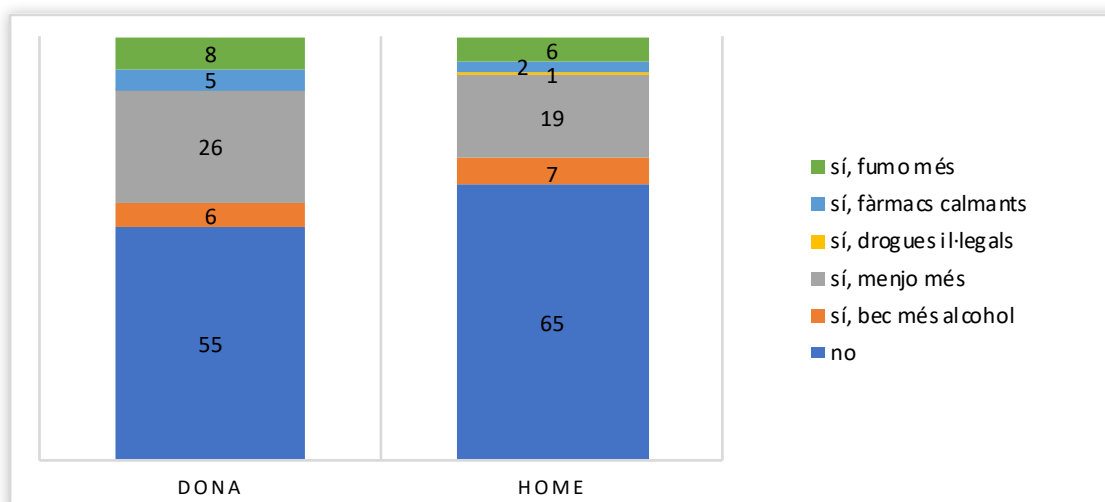


Figura 43: Augment del consum de substàncies; percentatges per gènere (*dones vs. homes*).

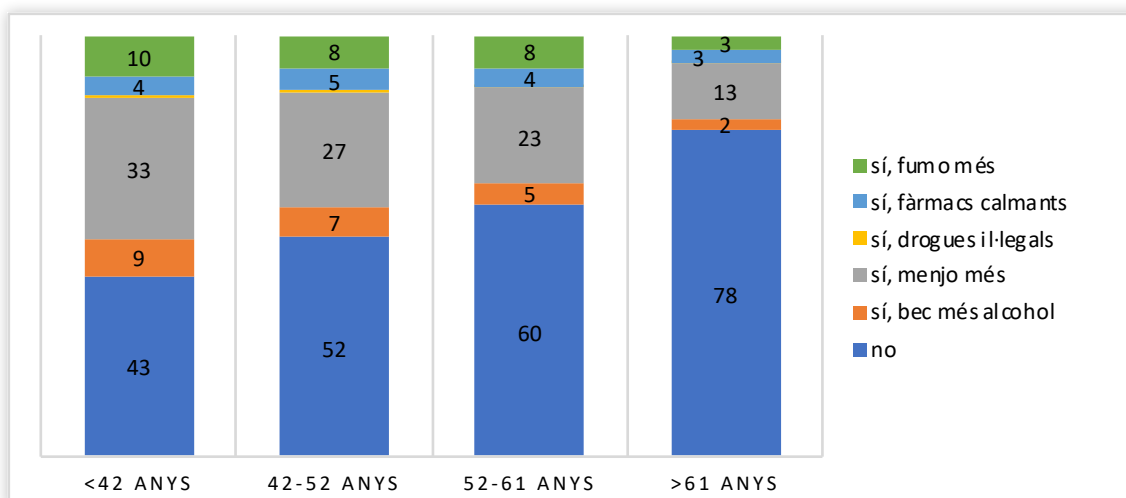


Figura 44: Augment del consum de substàncies; percentatges per franges d'edat.

Comunicació de la informació sobre l'epidèmia

Davant de l'allau informativa que es va donar en plena primera onada de l'epidèmia, ens vam preguntar quins canals feia servir la gent per informar-se. Era una pregunta de resposta múltiple (els enquestats podien triar diverses opcions a la vegada). La televisió és el mitjà més freqüent per informar-se sobre la pandèmia (36,77%), seguida de prop de les xarxes socials (29,23%) i després de la ràdio i els diaris, amb percentatges similars (15,45 i 13,55%, respectivament). El 30% feia servir un únic mitjà per informar-se; el 37,84%, dos, i el 23,05%, tres (figures 45-46). No es van veure diferències estadísticament significatives ni per gènere ni per franges d'edat.

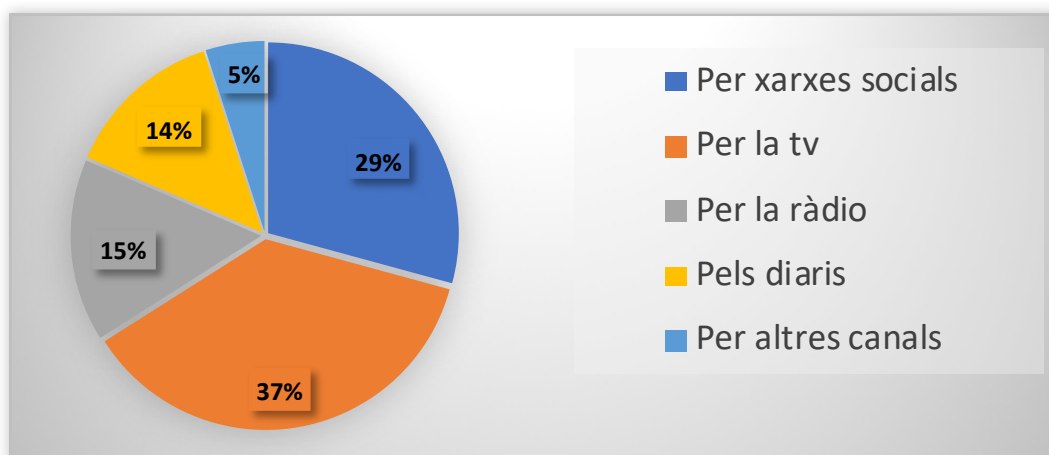


Figura 45: Mitjans que els enquestats feien servir per informar-se sobre l'epidèmia.

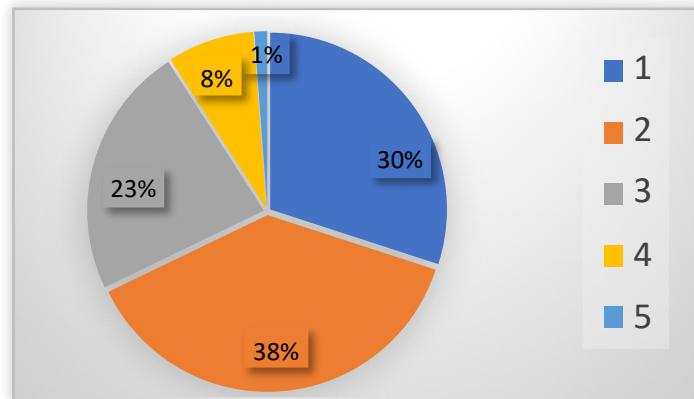


Figura 46: Nombre de mitjans que els enquestats feien servir per informar-se sobre la pandèmia.

Els enquestats també van opinar sobre la informació que se'ls donava. Un 26,82% la consideraven poc ajustada a la realitat i un 20,92%, massa negativa o massa sensacionalista. Un 8,93% haurien preferit tenir-ne més del Govern i un 12,78%, que els mitjans expliquessin menys coses. Al 18,98% ja els estava bé la que rebien (figura 47).

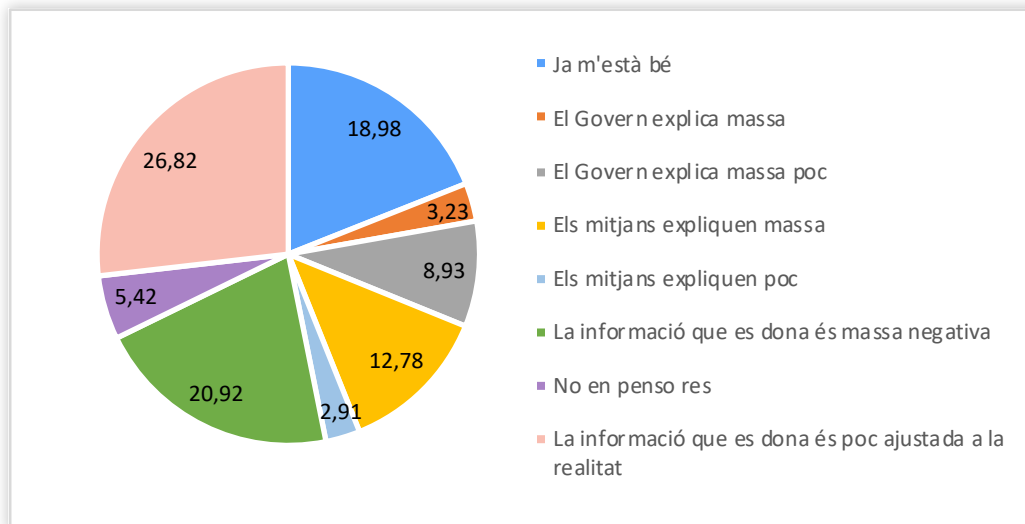


Figura 47: Opinió sobre la informació rebuda.

Més homes que dones pensaven que el Govern i els mitjans donaven massa informació respecte a la pandèmia i que era massa negativa. Les dones, en canvi, van explicar que era poc ajustada a la realitat i que ja els estava bé

o no en tenien opinió. El conformisme sobre la informació que la població rebia augmentava amb l'edat, tot i que a partir de 52 anys consideraven que els mitjans oferien massa notícies sobre la pandèmia, les quals eren poc ajustades a la realitat segons ells. Els més joves, en canvi, haurien preferit més informació del Govern i dels mitjans de comunicació, tot i que van trobar que la que rebien era massa negativa o massa sensacionalista. Cal destacar que els menors de 52 anys (sobretot els de menys de 42 anys) van opinar que era massa negativa. Tant les diferències per gènere com per edat són estadísticament significatives ($p < 0,01$) (figura 48).

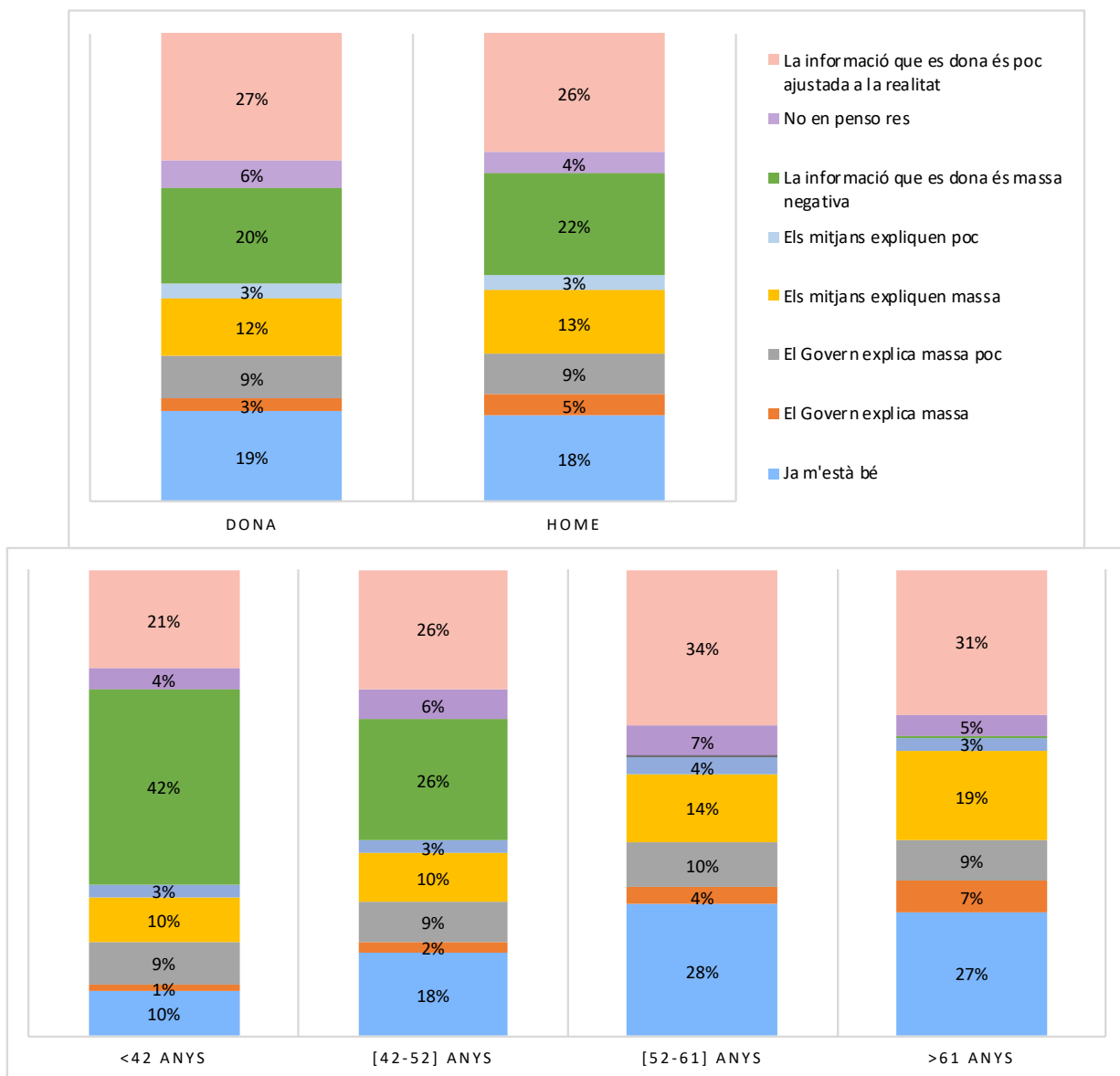


Figura 48: Opinió sobre la informació de la pandèmia; percentatges segons el gènere (dones vs. homes) i per franja d'edat.

Impacte en la gent. Sensació subjectiva

El 73,13% dels enquestats van declarar que estaven espantats o estaven amoïnats (figura 49). Els qui tenien menys por en general eren els de més de 61 anys ($p < 0,01$), i els qui més, les dones ($p < 0,01$) (figures 50, 51).

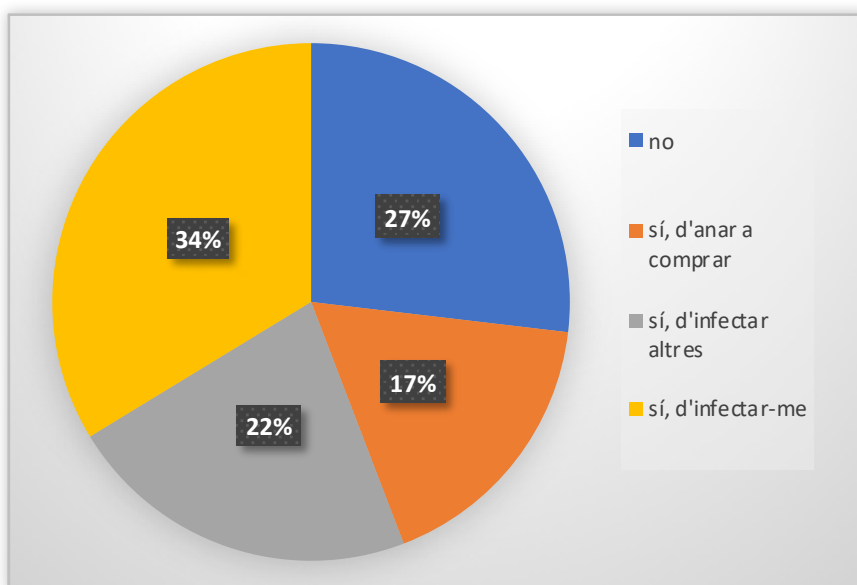


Figura 49: Respostes a la pregunta "Estàs espantat o amoïnat?"; percentatges totals.

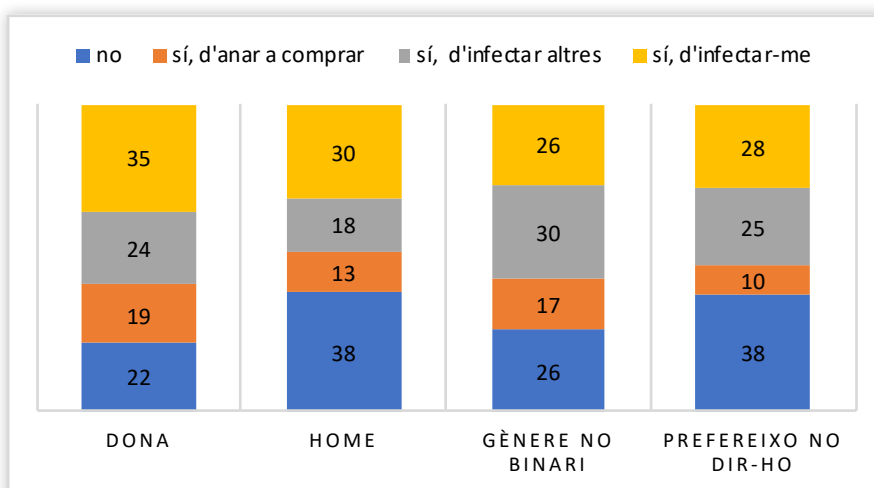


Figura 50: Respostes a la pregunta "Estàs espantat o amoïnat?"; percentatges per gènere.

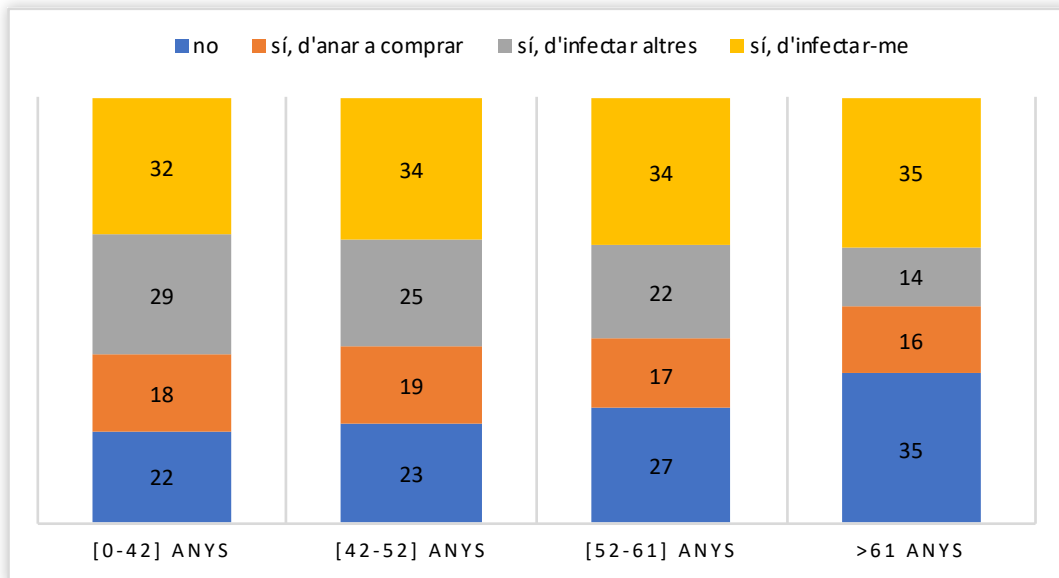


Figura 51: Respostes a la pregunta "Estàs espantat o amoïnat?"; percentatges per franges d'edat.

Dels qui van dir que tenien por d'infectar tercers, aproximadament la meitat estaven preocupats per si contagiaven a qualsevol (49,29%), seguits dels qui patien per no transmetre la malaltia a familiars d'edat avançada (35,77%) (figura 52). No es van veure diferències entre els percentatges per gènere, però sí per franges d'edat (figura 53, $p < 0,01$).

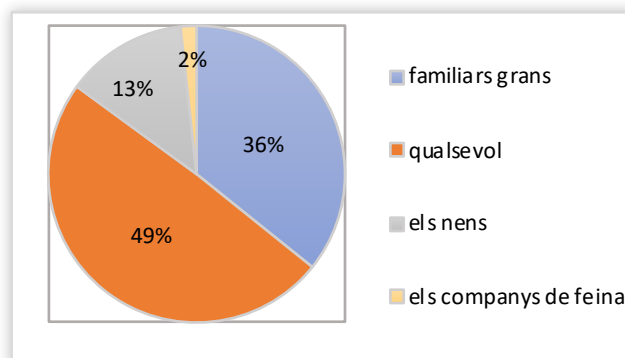


Figura 52: Percentatges de resposta a la pregunta "A qui tens por d'infectar?".

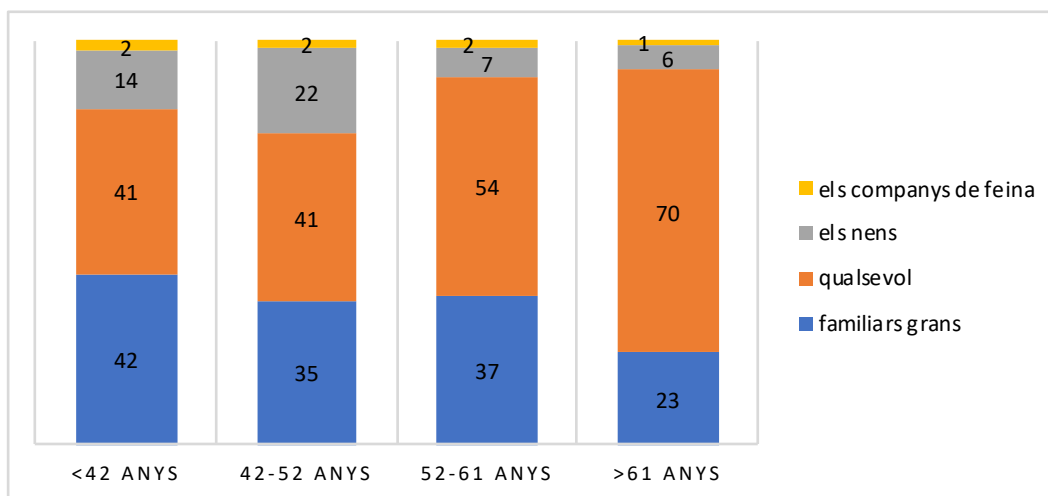


Figura 53: Percentatges de resposta a la pregunta "A qui tens por d'infectar?" per franges d'edat.

El 78,56% va respondre que l'epidèmia l'havia canviat d'alguna manera (figura 54). D'aquests, la majoria pensaven –com a mínim en el moment de contestar l'enquesta– que la situació els havia canviat la visió de la societat/la manera com vivien, i la resta van explicar que els havia canviat la personalitat o la vida. Les dones es van veure més afectades que els homes i els més joves respecte dels de més edat (figures 55, 56), en ambdós casos de forma estadísticament significativa ($p < 0,01$).

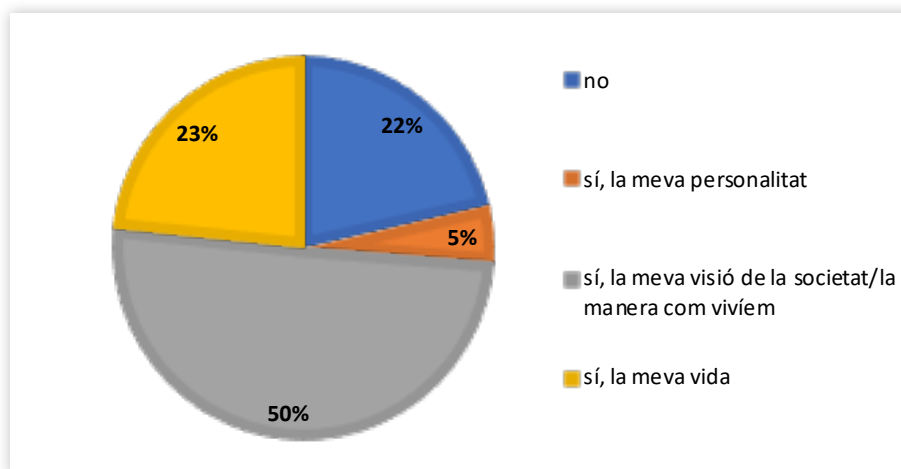


Figura 54: Impacte subjectiu en la gent: percentatges de resposta a la pregunta "Creus que aquesta situació t'ha canviat?"

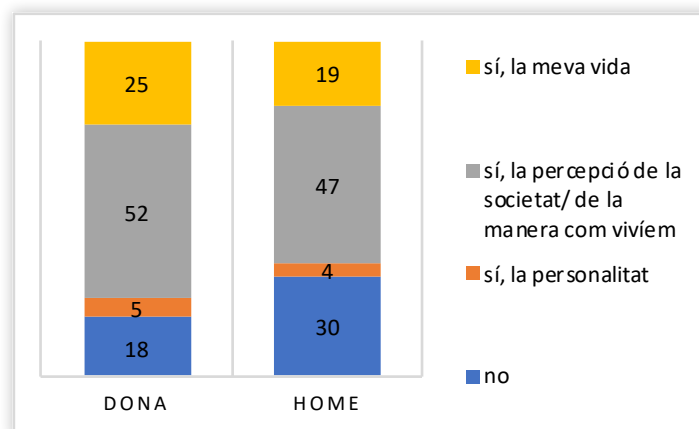


Figura 55: Impacte en la gent, sensació subjectiva; *dones vs. homes*.

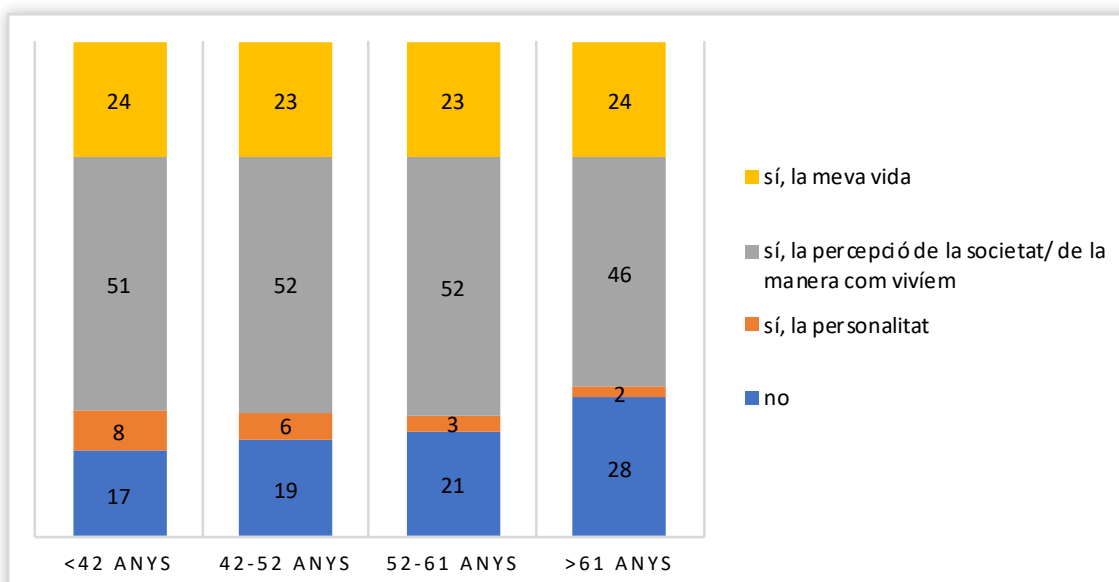


Figura 56: Impacte en la gent, sensació subjectiva; per franja d'edat.

Estat de salut. Relació amb la infecció per SARS-CoV-2

El 19,85% van tenir contacte amb algú infectat per SARS-CoV-2 (figura 57), la meitat d'ells amb un cas confirmat (amb test de COVID-19 positiu) o probable però no confirmat (amb símptomes, però amb resultat del test negatiu, o als qui no s'havia fet cap prova). Les dones van respondre sí en un percentatge més alt que els homes ($p < 0,01$) i també es van trobar diferències significatives per franja d'edat ($p < 0,01$) (figures 58, 59).

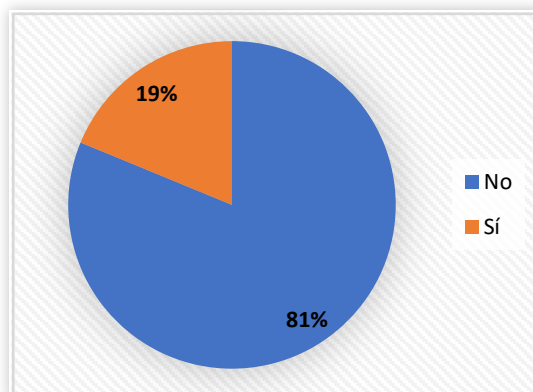


Figura 57: Contacte amb un cas d'infecció per SARS-CoV-2 (totals).

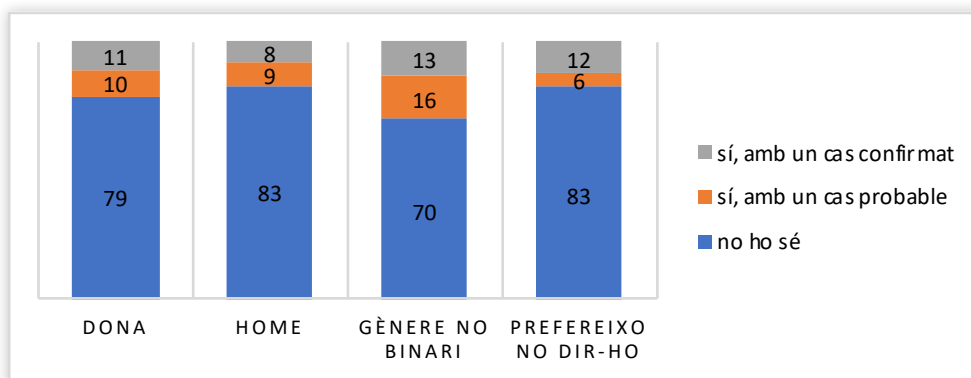


Figura 58: Contacte amb un cas d'infecció per SARS-CoV-2; percentatges per gènere.

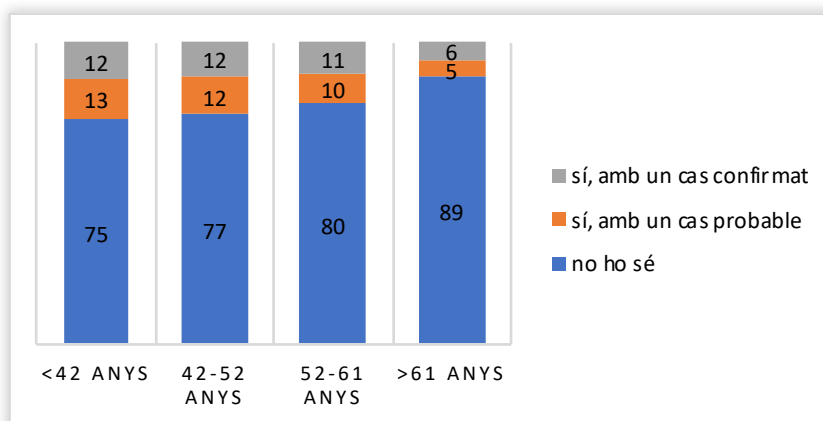


Figura 59: Contacte amb un cas d'infecció per SARS-CoV-2; percentatges per franges d'edat.

Quan es va preguntar als enquestats si havien fet servir els recursos sanitaris disponibles en els darrers catorze dies, el 64,25% van afirmar que no n'havien emprat cap, el 21,51% havien utilitzat l'app del CatSalut o alguna altra app habilitada per a la gestió de casos de COVID, el 5,60% havien trucat al 061 o a algun altre telèfon habilitat per a la gestió de casos de COVID, el 3,77% havien acudit al seu CAP/CUAP/centre de salut, l'1,60% havien anat a metges privats/centres mèdics privats, i un 1,42% a urgències. Només s'havia efectuat una prova de PCR de SARS-CoV-2 a l'1,82% dels enquestats.

Un cop desglossats els resultats (figures 60, 61), es van trobar diferències estadísticament significatives tant per gènere (*dona vs. home*) com per franja d'edat.

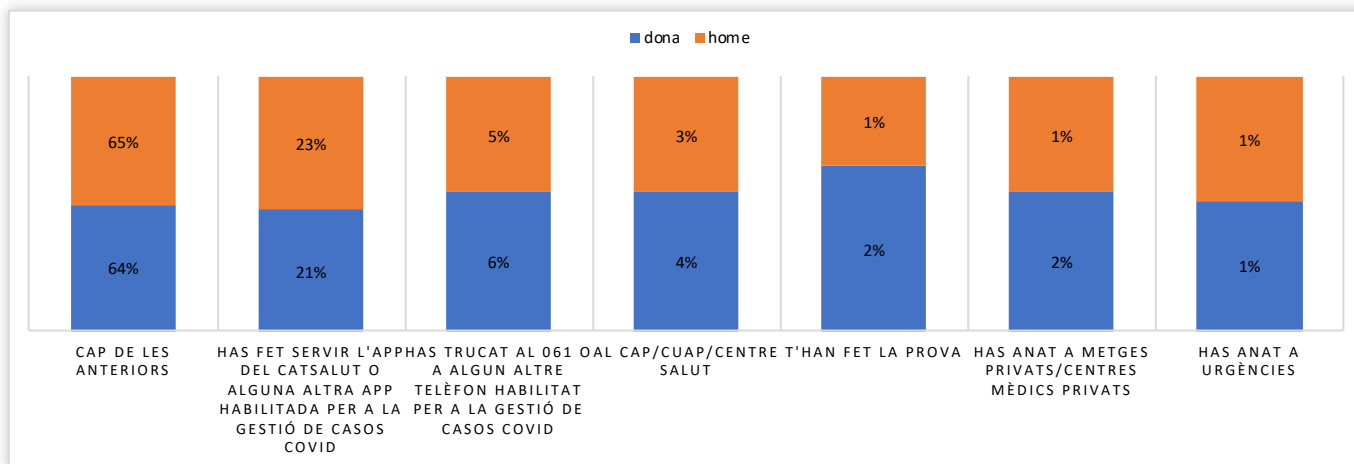


Figura 60: Ús dels recursos sanitaris disponibles, per gènere (dona vs. home).

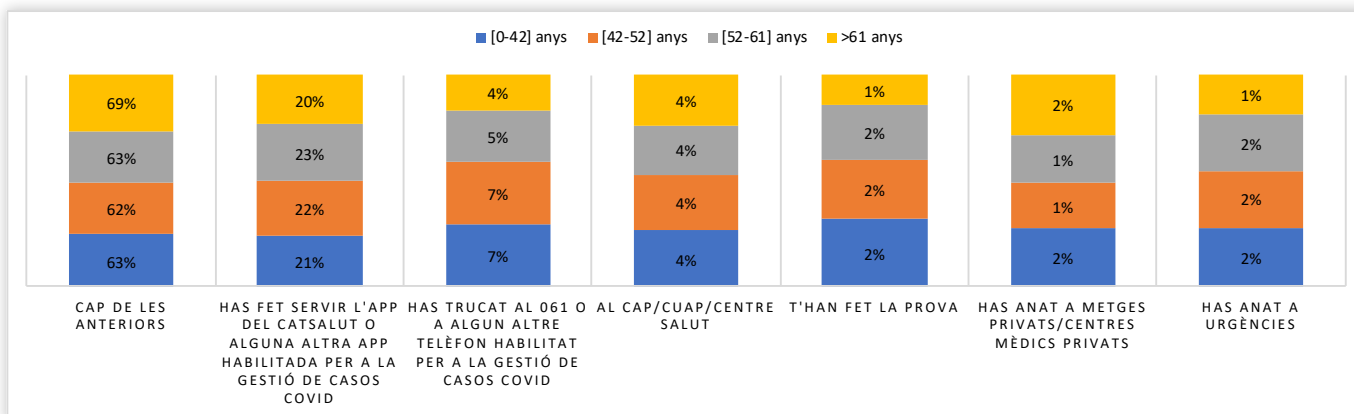


Figura 61: Ús dels recursos sanitaris disponibles; per franja d'edat.

El 73,82% van tenir un o més símptomes compatibles amb la malaltia per COVID-19 (taula 1). El mal de cap va ser el símptoma més freqüent (16,01%), seguit del mal de coll i la congestió nasal (9,85 i 9,17%, respectivament).

Taula 1
Presència de símptomes en percentatges

SÍMPTOMES	%
No	26,18
Mal de cap	16,01
Mal de coll	9,85
Congestió nasal	9,17
Fatiga o cansament extrem	6,91
Tos persistent (d'una setmana o més)	6,84
Dolor muscular	6,2
Diarrea	5,36
Mareig	2,85
Manca d'aire/dificultat per respirar	2,19
Dolor al pit	1,9
Pèrdua del sentit de l'olfacte	1,86
Febre persistent (d'una setmana o més)	1,63
Pèrdua extrema de la gana/de pes	1,31
Pèrdua del gust	1,66

Gràcies al fet que la pregunta corresponent era de resposta múltiple, sabem que de la gent que va tenir símptomes, el 40,04% només en va tenir un; el 23,76%, dos a la vegada, i el 14,69%, tres. De la nostra població en estudi, només es va fer la PCR en l'1,76% dels qui van declarar haver tingut un o més símptomes dels llistats, i només en l'1,81% dels qui n'havien tingut tres o més.

Davant de la pregunta "Com et trobes ara?", les dones i els més joves van dir que pitjor que els altres grups, i de forma significativa ($p < 0,01$) (figures 62-64).

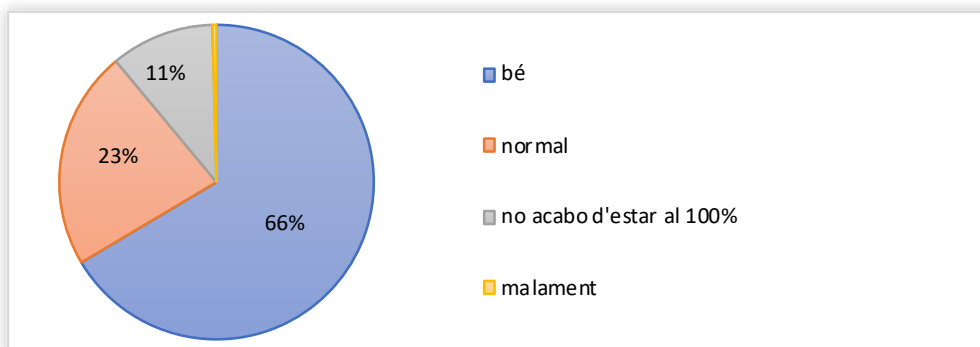


Figura 62: Percentatges de resposta a la pregunta "Com et trobes ara?".

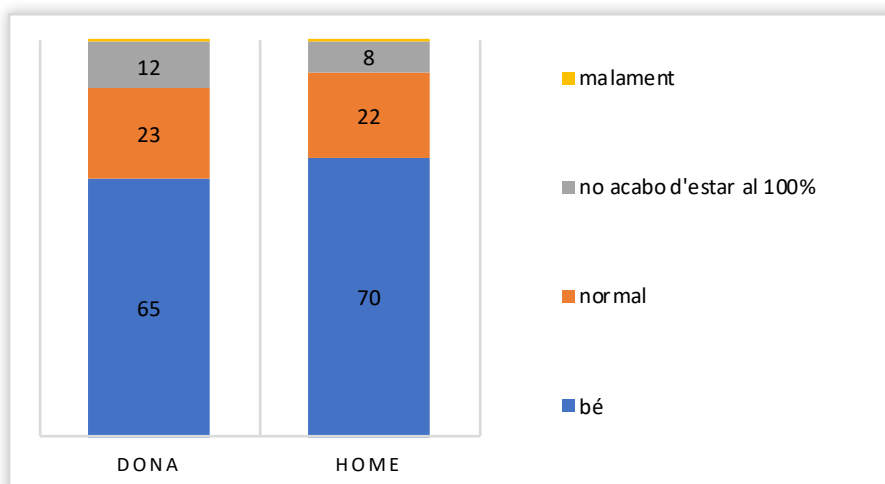


Figura 63: Respostes a la pregunta "Com et trobes ara?"; percentatges per gènere (*dones vs. homes*).

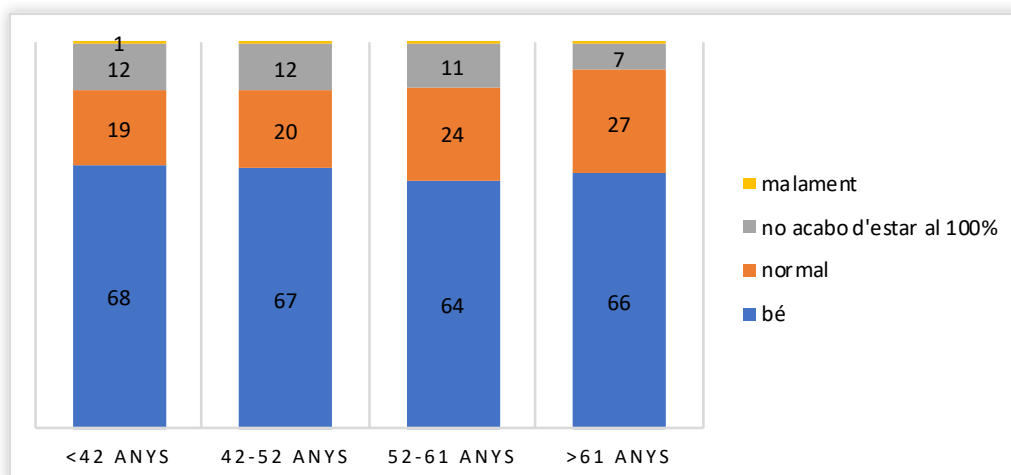


Figura 64: Respostes a la pregunta "Com et trobes ara?"; percentatges per franges d'edat.

El cas dels treballadors en l'àmbit de la salut

El 9,05% dels enquestats (5.104 persones) van identificar-se com a empleats en l'àmbit de la salut, la major part dones, i 5.088 van especificar el seu lloc de treball (figura 65). Les categories més representades són (en ordre decreixent): el personal d'infermeria (30,70%), el mèdic (21,60%, bona part dels quals eren de >61 anys), la categoria *Altres* (12,90%), el tècnic (11,50%) i l'administratiu i el tècnic (9,9 i 9,6%, respectivament). Donada la classificació inicial de les categories professionals, veiem que algunes han estat englobades en l'apartat *Altres* i no es veuen representades en les anàlisis de forma diferenciada, com per exemple els treballadors de farmàcies comunitàries.

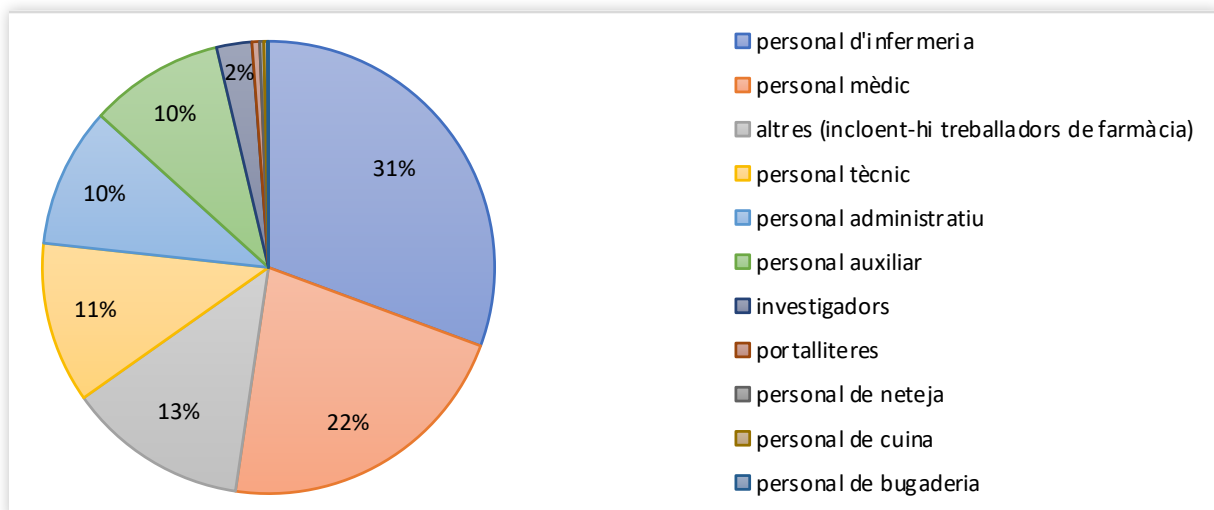


Figura 65: Treballadors en l'àmbit de la salut; distribució per lloc de treball en percentatges.

La distribució per categoria i gènere un cop corregida va evidenciar que hi ha més dones que homes entre el personal d'infermeria, auxiliars, personal d'administració i de bugaderia, i més homes que dones entre els metges i els portalliteres. Es van trobar diferències estadísticament significatives tant entre les categories per gènere (*dones vs. homes*, $p < 0,01$) i entre franges d'edat ($p < 0,01$) (il·lustracions 66, 67).

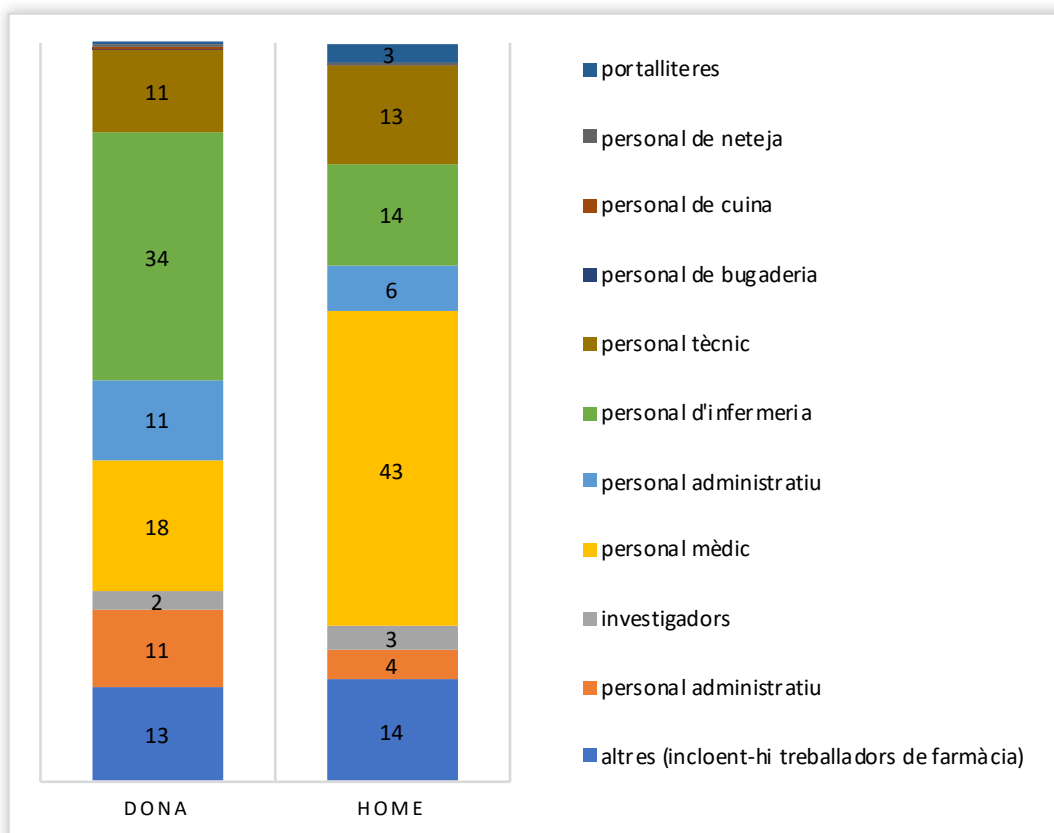


Figura 66: Treballadors en l'àmbit de la salut; distribució per lloc de treball en percentatges, *dones vs. homes*.

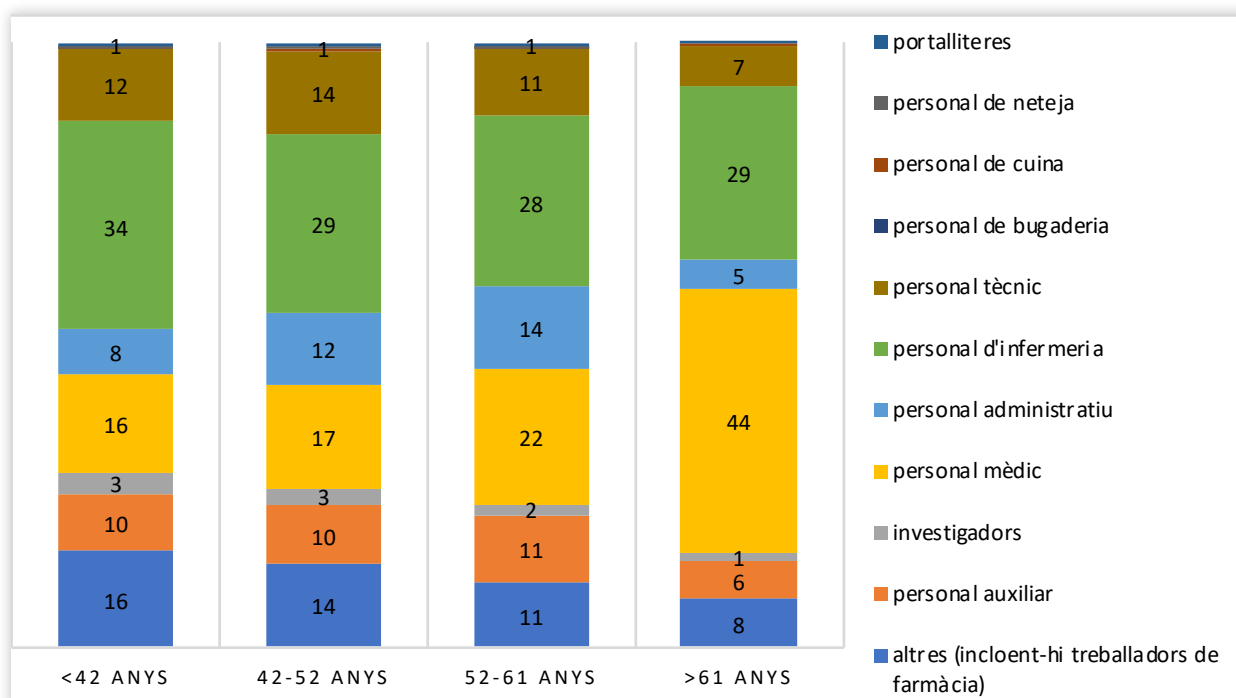


Figura 67: Treballadors en l'àmbit de la salut; distribució per lloc de treball en percentatges i per franges d'edat.

Dels treballadors del camp de la salut, davant de la pregunta "Has estat treballant directament amb malalts COVID?", una mica més de quatre de cada deu van respondre que sí (41,65%). Les dones i els menors de 52 anys són els qui treballaven més amb malalts de COVID-19 (figures 68, 69), i aquestes diferències van ser estadísticament significatives tant per gènere com per edat (*dones vs. homes*, $p=0,01$; grups de <52 anys respecte als de >52 anys, $p<0,01$).

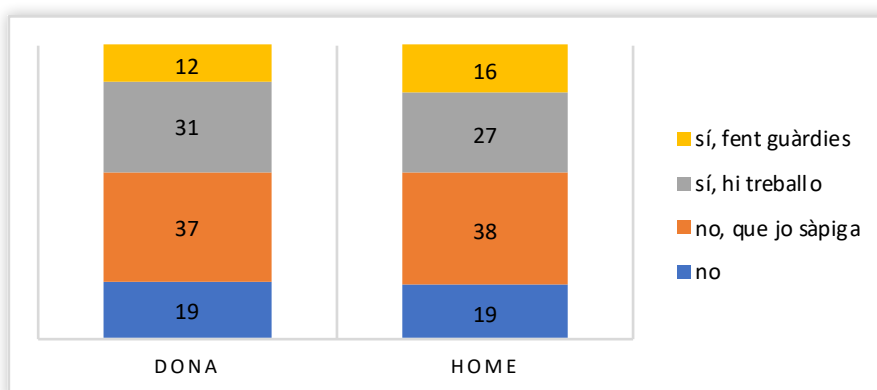


Figura 68: Respostes a la pregunta: "Treballes amb malalts de COVID-19?"; percentatges desglossats per gènere (*dones vs. homes*).

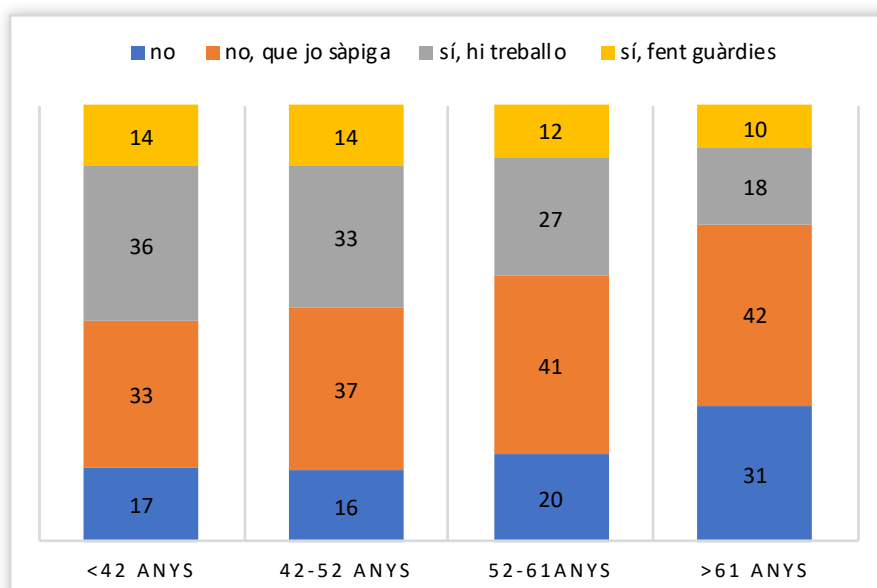


Figura 69: Respostes a la pregunta: "Treballes amb malalts de COVID-19?"; percentatges desglossats per franges d'edat.

El 75,87% dels treballadors sanitaris que van respondre la pregunta "Et fa por, treballar amb malalts COVID?" van dir que sí, amb un percentatge més gran si eren dones ($p < 0,01$) i com més joves eren ($p < 0,01$) (figures 70-72).

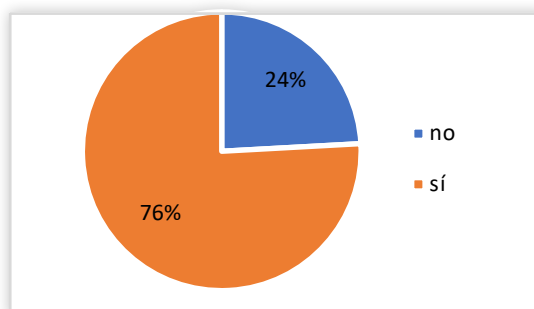


Figura 70: Percentatge de treballadors de l'àmbit de la salut o en entorns sanitaris que tenien por.

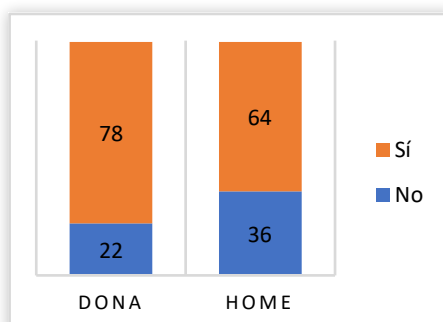


Figura 71: Percentatge de treballadors de l'àmbit de la salut o en entorns sanitaris que van declarar que no tenien por (*dones vs. homes*).

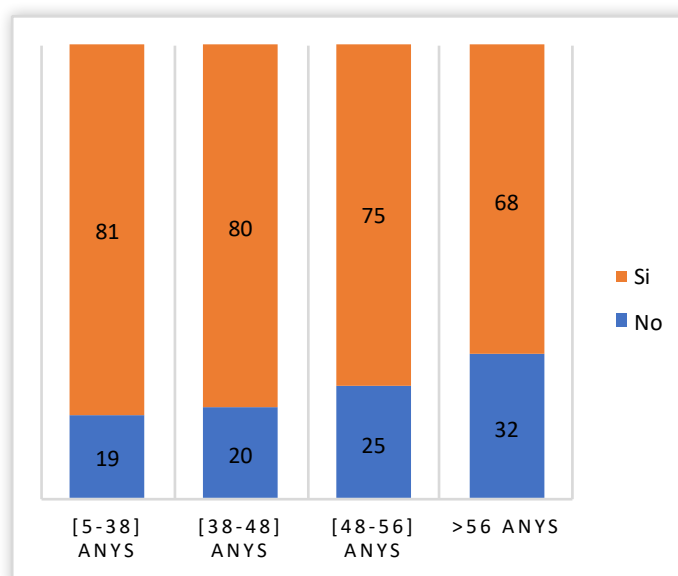


Figura 72: Percentatge de treballadors de l'àmbit de la salut o en entorns sanitaris que van declarar que no tenien por; per franges de salut

Aproximadament la meitat dels enquestats (42,90%) tenien por de transmetre la infecció a la gent del seu entorn. Les respostes (que es podien escollir en format múltiple) van evidenciar que el 4,26% tenien por de morir-se. Es van trobar diferències entre els percentatges de les dones vs. dels homes quant a la por de contagiar gent propera o a pacients no-COVID ($p < 0,05$). Com més joves, més por tenien de prendre decisions mèdiques i d'encomanar la malaltia a la gent del propi entorn, mentre que com més grans, menys por en general i més por d'infectar-se. Aquestes diferències són estadísticament significatives ($p < 0,01$) (figures 73, 75).

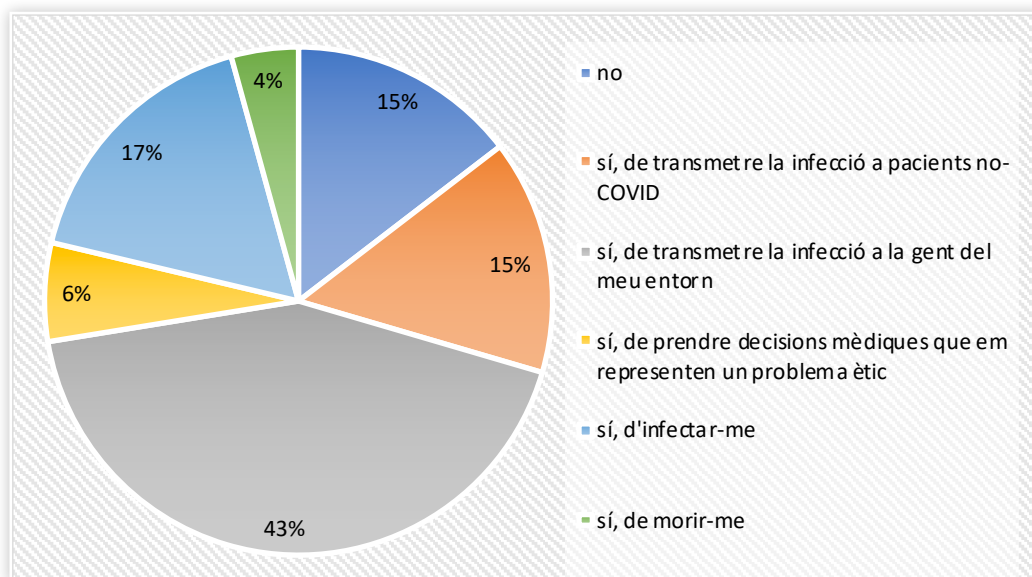


Figura 73: Por dels treballadors en l'àmbit de la salut; percentatge de resposta.

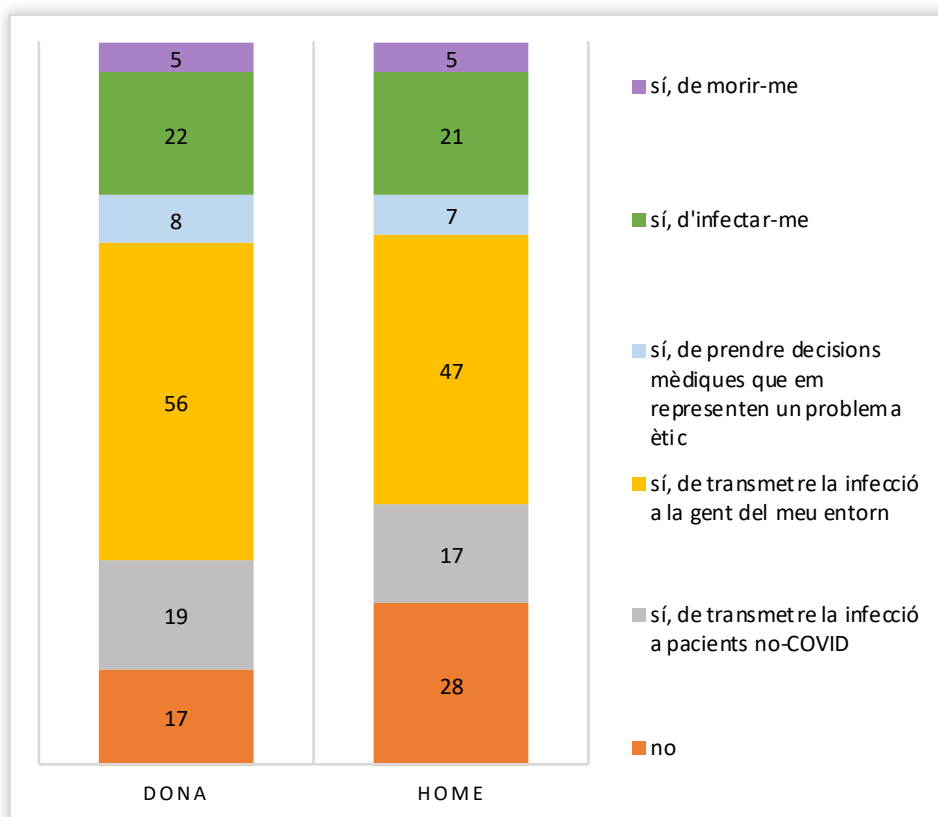


Figura 74: Por dels treballadors en l'àmbit de la salut; percentatges per gènere (*dones vs. homes*).

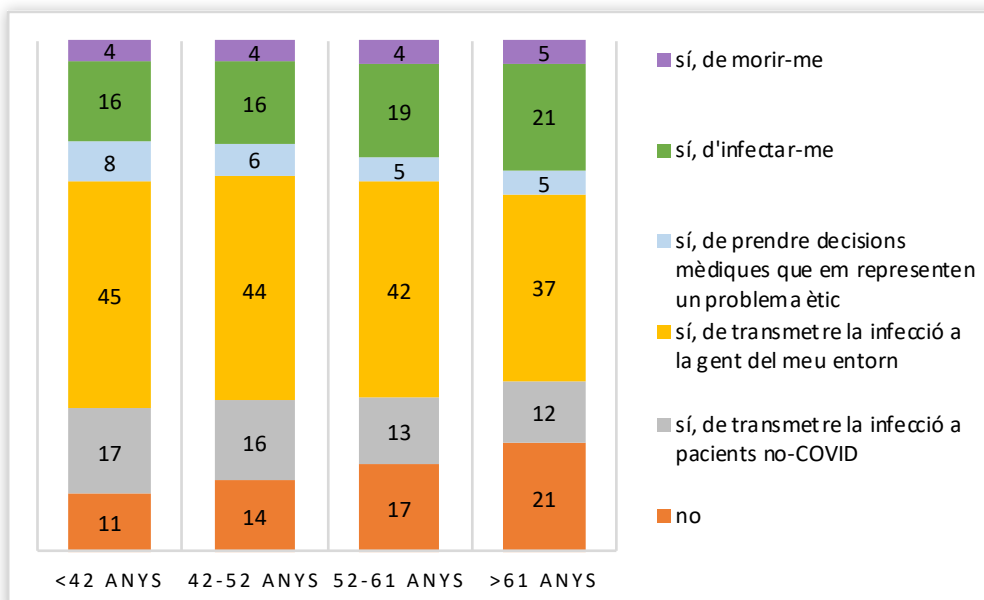


Figura 75: Por dels treballadors en l'àmbit de la salut; percentatges per franges d'edat.

Problemes ètics

El 18,60% dels professionals de la salut dels 5.006 que van respondre a la pregunta "Has tingut problemes ètics, treballant?" van declarar que sí, i d'aquests, un 9,41% amb la selecció de pacients o protocols de triatge de pacients/indicacions terapèutiques (figura 76).

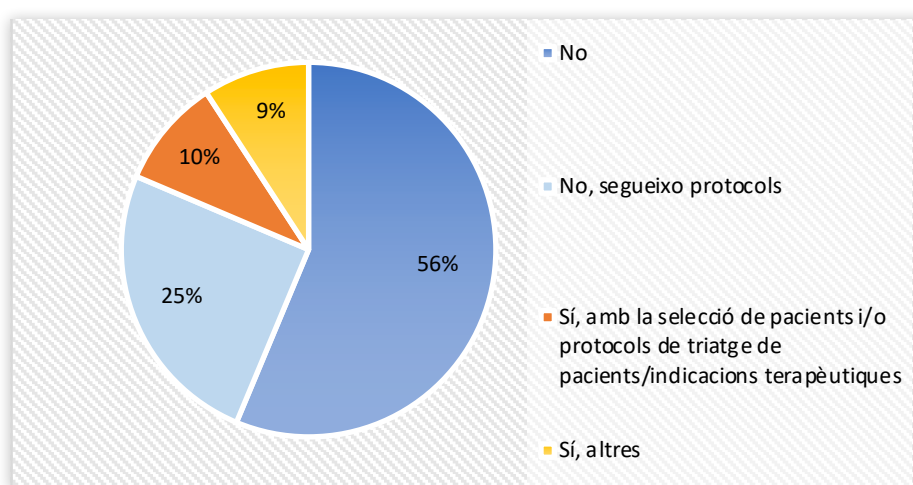


Figura 76: Percentatges de respostes a la pregunta "Has tingut problemes ètics, treballant?".

Tot seguit se'ls va oferir la possibilitat d'explicar lliurement en què havien consistit aquests problemes, cosa que van fer 437 persones. Tot i que només representen un 8,7% de la mostra, i que no totes les respostes poden ser considerades problemes ètics pròpiament, donada la importància del que evidencien la gestió i el maneig de l'epidèmia en aquells moments d'incertesa, així com de les inquietuds dels professionals, hem cregut necessari presentar-ne els resultats. Les queixes i problemàtiques exposades s'han pogut agrupar en grans blocs segons amb què estaven relacionades; es llisten a la taula 2 per ordre decreixent en funció del nombre de persones que les havien indicat.

Taula 2
 Problemes descrits pels professionals de l'àmbit de la salut

PROBLEMES DESCRITS PELS PROFESSIONALS DE L'ÀMBIT DE LA SALUT, AGRUPATS	nre.	%
Amb el fet d'haver treballat sense protecció suficient	112	25,68
Amb el triatge de pacients i/o els protocols de triatge de malalts i d'indicació terapèutica.	71	16,28
Amb el protocol d'actuació de maneig de casos.	50	11,46
Amb el protocol d'actuació de la situació final de la vida.	39	8,94
Amb la gestió de la institució on es treballa o les ordres dels superiors (n=35, 8%)	35	8,02
Amb la disjuntiva d'haver/voler anar a treballar a primera línia i no poder/voler fer-ho.	30	6,88
Amb la prioritització per dispensació de material protector (mascaretes, EPIs) i/o tests.	23	5,27
Amb l'epidèmia i el confinament, i l'impacte d'una o ambdues sobre algunes poblacions.	17	3,89
Altres (no especificats).	17	3,89
Amb problemes deguts als canvis organitzatius duts a terme pel confinament (manca, poca adequació, no estar-hi d'acord).	16	3,66
Amb el maneig d'informació als pacients o a les seves famílies, o problemes derivats del mateix, incloent-hi els relacionats amb la confidencialitat.	15	3,44
Amb l'actitud d'alguns companys.	11	2,52

Avaluació de l'impacte emocional de la primera onada de l'epidèmia COVID-19

Els resultats obtinguts dels índexs de depressió, ansietat, estrès i TEPT a la nostra cohort es van correlacionar amb les altres variables estudiades. La taula 4 resumeix les condicions associades negativament o positivament amb els símptomes de salut mental avaluats. L'índex de símptomes d'ansietat i el de TEPT són els que van tenir més variables associades i les condicions que

es van relacionar amb més índexs (tres o més) van ser: ser dona, tenir cura de tercers, haver tingut símptomes de COVID-19, haver fet ús dels serveis sanitaris i estar espantat.

Taula 3

Condicions relacionades amb els índexs de depressió, ansietat, estrès, TEPT, evitació, intrusió i hipervigilància.

Factors: de risc	Associació significativament estadística amb els índexs següents:						
	De- pressió	Ansie- tat	Estrès	TEPT	Evitació	In- trusió	Hiper- vigilà- ncia
	p	p	p	p	p	p	p
Dones	0,020	0,003		0,001	0,008	0,034	0,028
<42 anys		0,008					
Tenir gent a càrrec		0,002	0,039	0,006		0,050	
Adults amb alta sensació de dificultat de la quarentena sobre els nens i la família (en una escala de 10 i vs 0)				0,042		0,032	0,022
Viure en una ciutat de densitat mitjana-alta		0,031					
Viure en un pis/casa compartit		0,007					
Viure en una habitació relogada		0,039					
Declarar ser un sensesostre				0,044			
Índex de precarietat alta (>10)		0,016					
Ser un treballador de serveis essencials		0,012					
Ser un treballador de l'àmbit de la salut i tenir por d'atendre pacients COVID-19	0,018				0,024		
Haver estat en contacte amb pacients COVID		0,007		0,039			
Haver tingut símptomes compatibles am COVID	0,022	0,002		0,008			
Haver fet servir tots els recursos sanitaris posats a punt arrel de la pandèmia			0,039	0,000	0,008		0,012
Tenir por (d'infectar-se, d'infectar tercers, d'anar a comprar)		0,001	0,036	0,000	0,004	0,012	0,007
Haver incrementat el consum de com a mínim una substància		0,006		0,008			
Fer servir 3 mitjans de comunicació per a informar-se sobre la pandèmia		0,033					

Factors:	Associació significativament estadística amb els índexs següents:						
	De- pressió	Ansie- tat	Estrès	TEPT	Evitació	In- trusió	Hiper- vigilàn- cia
Protectors	p	p	p	p	p	p	p
>61 anys.		0,007		0,050			
Estar casat/ada		0,007					
Ser vidu/vídua				0,020	0,012		
Tenir una feina qualificada		0,008					
Tenir un doctorat	0,020	0,011			0,032		
Trobar-se bé		0,046		0,038			

Segons aquesta taula, hem identificat els grups de població susceptibles sobre els quals creiem que es podria plantejar una intervenció a escala comunitària i que caldria tenir en compte a l'hora de dissenyar noves mesures de contenció de la pandèmia:

1. Les dones;
2. Els menors de 42 anys;
3. Les persones que tenen cura de tercers, incloent-hi fills a càrrec;
4. Gent amb un estatus de precarietat socioeconòmica més alt;
5. Malalts de COVID-19;
6. Personal sanitari, sobretot el que ha de treballar o treballa amb malalts COVID; treballadors essencials i gent amb feines no qualificades.

Discussió i consideracions generals

Des de ben aviat, els investigadors ja van fer un avís d'alarma sobre com la pandèmia de la COVID-19 pot afectar la salut mental de la població general i, més concretament, dels pacients amb una condició física o mental prèvia (inclosos trastorns mentals previs) (18, 19) o les seves condicions socioeconòmiques.

En el nostre treball, l'enquesta va ser generada i disseminada a través de les xarxes socials, cosa que significa que en compartir-la d'aquesta manera, no es va poder controlar la mostra de població estudiada. I, tanmateix, va ser una estratègia d'èxit per arribar a una quantitat gran de persones, de diferents àmbits, comunitats autònomes i països, sense exposar els entrevistadors i feta d'una forma molt ràpida. Si bé això no ens assegura la representativitat, no hi ha cap altre estudi que hagi assolit un nombre tan important de respostes com el nostre, que va obtenir més de 50.000 qüestionaris completats i d'àmbits geogràfics on la pandèmia estava afectant de manera diferent.

El criteri que es va fer servir per establir les franges d'edat, de densitat de població i de l'índex de precarietat socioeconòmica va ser merament estadístic, de manera que hi hagués el mateix percentatge de respostes per grup per tal d'assegurar que els grups estiguessin balancejats. Això, que d'una banda dona rigorositat, de l'altra pot generar desconcert perquè aquesta segmentació és poc habitual i pot dur implícit un biaix. Per exemple, sorprèn que hi hagi un percentatge alt de menors de 42 anys que viuen

en un pis/casa propi, tot i que desconeixem quina part d'aquest tant per cent posseeix l'habitatge realment o bé si viu amb els pares i va escollir aquesta opció perquè considera el lloc com a casa seva, i per tant és probable que si aquest rang el dividíssim en de <20 anys, 20-30 anys i 30-42 anys, es veurien resultats diferents.

Quant a les dades generals i socioeconòmiques, crida l'atenció la precarietat més alta que semblen reflectir els resultats dels qui es consideren no-binàris –malgrat que en molts casos no s'ha pogut avaluar estadísticament per manca d'una mida mostral d'aquest grup que fos suficient–, així com la dels menors de 42 anys.

Preocupa especialment que el 25% de les persones que van respondre l'enquesta del nostre estudi havien disminuït la dedicació laboral degut a la situació epidèmica. Segons la International Labour Organization (ILO), la reducció de l'ocupació és més gran en les dones i les persones més joves i grans, que s'han vist especialment afectades per la crisi de la COVID-19. En el cas del nostre treball, els homes són els qui havien perdut més feines o encàrrecs emparaulats o contractats prèviament, i vam veure que els menors de 52 anys havien estat despatxats o sotmesos a un ERTO en un percentatge més elevat. En general s'ha estimat que els ingressos laborals mundials han caigut un 10,7% durant els tres primers trimestres del 2020 (en comparació amb el mateix període del 2019) (20) però creiem que això podria ser molt pitjor tenint en compte els nostres resultats. A més, en el nostre estudi, una quarta part dels enquestats no tenia estalvis per atendre imprevistos, i fins a un 8,78% van declarar que havien demanat ajuts socials o que ho haurien de fer en breu. Tot això és important ja que tal com vam evidenciar després amb els nostres resultats, la precarietat socioeconòmica es va revelar com un dels factors associats a puntuacions més

altes en els índexs de salut mental, i encara és més preocupant tenint en compte que la incidència de l'epidèmia també va ser més destacada en els barris més pobres, com a mínim a Barcelona (21). També volem fer esment que caldria elaborar més estudis dirigits a analitzar la precarietat socioeconòmica del col·lectiu de la gent no-binària, ja que hem vist tendències que no s'han pogut palesar estadísticament però que valdria la pena confirmar.

Pel que fa als hàbits i l'estat de salut durant el confinament, vuit de cada deu es van quedar a casa i, dels que no, un 13% eren del grup de treballadors essencials. La gran majoria (82,76%) van disminuir les despeses que feien. Això podria ser fruit de l'aturada, pràcticament total, de l'activitat comercial del país, cosa que va comportar que les ocasions per gastar fossin moltes menys. També podria ser un efecte col·lateral de la pèrdua d'ocupació laboral, o bé un efecte beneficiós del teletreball, que fa reduir les despeses associades (transport, àpats fora en restaurants i bars, etc.). La majoria de gent tenia la sensació que la pandèmia els havia canviat.



Hi ha una proporció gens menyspreable de persones enquestades que van tenir símptomes compatibles amb una infecció per SARS-CoV-2, dels quals els més freqüents també eren els més inespecífics (el que més, el mal de cap). Això és, evidentment, un biaix, encara més rellevant si tenim present que, a banda de ser compatibles amb moltes afeccions, és impossible saber si la presència de símptomes va anar lligada a una infecció real per SARS-CoV-2, ja que en aquell moment la disponibilitat de cribratge era molt minsa i la infecció estava en fase de transmissió comunitària.

Desconeixem si alguna de les persones que van contestar l'enquesta es trobava en seguiment als serveis de salut mental o tenia antecedents de patologia mental. Aproximadament un 20% de presència de símptomes sembla consistent amb la literatura (8, 22, 23) bé en alguns casos s'han descrit percentatges més elevats (24, 25). Els nostres resultats estan en línia amb el que han publicat altres autors i confirmen el que altres estudis més petits i més segmentats havien apuntat. Al nostre treball hem identificat sis grups de risc en funció de la seva associació amb les puntuacions més altes als índexs de salut mental mesurats, i per tant més susceptibles de beneficiar-se d'una intervenció. Segons la nostra opinió, aquests grups s'haurien de tenir en compte a l'hora de dissenyar noves mesures d'atenció poblacional durant la pandèmia.

En aquest sentit, ser dona, jove i tenir inestabilitat laboral o econòmica són característiques que es correlacionen amb un impacte psicològic negatiu (24-27). Tal com descriu la literatura, les dones són especialment vulnerables, ja que porten el pes més gran quant a la cura de criatures i de gent gran, pateixen violència de gènere i tenen feines més precàries. Això, que les generalitza en la societat, és molt més obvi si el fet de ser dona es combina amb altres característiques de pertànyer a grups vulnerables (28).

S'han identificat biaixos de sexe i de gènere relacionats amb l'epidèmia de COVID-19. En molts contextos, les dones tendeixen a ser diagnosticades més sovint amb malaltia per COVID-19, cosa que en part s'explica perquè la majoria de personal sanitari són dones. A més, diversos estudis han apuntat que els treballadors en l'àmbit de la salut que són dones, joves o mares o cuidadores de criatures petites són més vulnerables al distrès psicològic (29). També sabem que les crisis agreugen les desigualtats de gènere: la violència de gènere augmenta durant el confinament (30), les dones tenen des de tres a fins a deu vegades més càrrega de cura de tercers, pateixen més barreres d'accés als sistemes de salut, el seu accés als serveis sanitaris és inadequat i disposen de recursos financers insuficients (31). En aquest sentit, s'anticipa que la crisi deguda a l'epidèmia de COVID-19 dispararà una recessió econòmica que impactarà de manera desproporcionada tant en els ingressos com en la feina dels més vulnerables, particularment les dones (32). En el nostre context, i segons els resultats obtinguts, els qui tenen cura de tercers són principalment les dones. A més, hem observat que els adults cuidadors amb més percepció de la dificultat de la quarantena per a les criatures i per a tota la família tenien més distrès psicològic que els altres grups. Això ja s'havia assenyalat en una cohort de pares italians, en un estudi que relacionava la percepció individual amb els nivells d'estrès i un impacte negatiu tant emocional com conductual sobre els seus fills. Els autors d'aquest treball apunten que la causa podria ser l'impacte de la situació mateixa tant sobre els adults com en els nens, sumat als efectes, d'una banda, d'haver tancat les escoles, i de la necessitat de treballar des de casa amb moltes més interferències, de l'altra. Això no té un efecte negatiu només en els adults, sinó també en els nens tant de forma indirecta (33) com directa (34). Els centres escolars aporten, a més d'educació, assessorament i promoció i adopció d'hàbits saludables (dieta sana, exercici físic, interacció social), que a casa pot ser que no continuïn (34).

D'altra banda, la gent de més de 60 anys van representar la gran majoria del total de morts a tot el món (35). Si bé és veritat que es tracta d'una població més fràgil i que tenen més risc de patir COVID-19 si viuen en residències o institucions similars, són clau en els països mediterranis com el nostre perquè tenen cura dels nets quan els pares van a treballar; per això, quarantenar-los i aïllar-los pot ser molt pertorbador per a tota la societat. A més, tant les conseqüències de la COVID-19 com les de l'aïllament poden ser devastadores per a aquest segment de ciutadans, no només pel que fa a la seva salut mental, sinó també quant la seva contribució (36, 37). En aquest sentit, està descrit que la gent gran va tenir més dificultats que els joves per adaptar-se al confinament i a les regles imposades de distanciament social, però també han demostrat més resiliència que els joves en situacions similars a la d'ara, com altres brots epidèmics o tràngols greus (38), circumstància a la qual els nostres resultats també donen suport. Tots els sèniors van tenir símptomes d'ansietat i depressió a la Xina, i això va ser pitjor en les dones (39). Un estudi espanyol va reportar que fins a un 25,6% d'una mostra d'adults de 65 anys de mitjana tenien signes de depressió i un 32,1%, d'evitació, i que tenir un historial present o passat de malalties mentals hi influïa de manera important, mentre que gaudir de temps lliure era un factor protector (40). Tanmateix, nosaltres vam trobar que els joves van afrontar pitjor l'impacte sobre la salut mental de l'epidèmia i les mesures dictades per contenir-la. També vam observar que els més grans tenien menys por i que creien en un percentatge més baix que la pandèmia els havia canviat d'alguna manera. Abans ja s'havien descrit diferències entre joves i grans quant a respostes emocionals i capacitat de recuperació, i fins i tot s'han assenyalat algunes raons per explicar-ho, incloent-hi el fet que la gent gran té més consciència del sentit de la vida i que el temps és finit, i això determina les seves prioritats pel que fa a objectius i conductes (41). En el context de la primera onada de l'epidèmia, altres autors han constatat

un impacte negatiu més gran en joves que en vells. Un estudi dut a terme a França al cap de dues setmanes de confinament va descriure un augment de problemes de son i de consum de pastilles per dormir en gent menor de 35 anys respecte als que en tenien més (42). En el nostre treball també vam observar que l'increment del consum de qualsevol tipus de substància excepte els fàrmacs calmants va ser més freqüent en els menors de 42 anys respecte als altres grups. Els adults joves ja s'han d'enfrontar a canvis vitals molt estressants, i l'epidèmia ho ha empitjorat, si bé per un de cada cinc ha estat millor pel fet que el confinament ha propiciat la retirada de pressions externes (de feina, de l'escola, de la universitat, etc.) i/o els ha suposat tenir més temps per estar amb els seus (43). Un estudi molt interessant a Suïssa va concloure que en aquesta població específica (adolescents i adults joves) el distrès degut a les alteracions del seu estil de vida era més gran que la percepció de risc del virus per a la salut (43) la qual altres ja havien apuntat que és baix (44).

Shanahan *et al.* també van identificar que un grup que podria beneficiar-se d'aplicar intervencions podria ser el de dones, joves i migrants, amb alt distrès emocional pre pandèmic (incloent-hi el relacionat amb l'exclusió social) (43). Un altre factor que s'ha relacionat amb el distrès és el descens tant de l'activitat social com de la física a causa del confinament i altres mesures restrictives dictades pels governs, cosa que ha tingut un impacte sobre el benestar dels individus incloent-hi la gent gran (45), però específicament en el grup dels adolescents i els adults joves (44, 46).

Una proporció gens menyspreable dels qui van respondre la nostra enquesta eren treballadors de l'àmbit de la salut, que a Europa són majoritàriament dones (47). Deixant de banda el risc òbviament incrementat d'infectar-se (48), haver-se d'enfrontar a l'epidèmia des de primera línia ha posat

aquests professionals sota molt d'estrès i ha fet que augmentessin els seus nivells d'ansietat (per haver treballat molt més del compte i en condicions subòptimes); també ha comportat estrès crònic, que en altres ocasions s'ha vist que pot durar fins a un any després (11, 49, 50). Hi ha un treball elaborat en una cohort de 9.138 empleats sanitaris que va demostrar que un 45,7% estaven en risc de patir un trastorn mental (51) i en un altre que n'incloïa 5.450 es va palesar que un 8,4% havien tingut ideació i conducta suïcides (52). En el nostre estudi, ser professional de l'àmbit de la salut s'ha revelat associat a puntuacions més altes dels índexs de salut mental mesurats, sobretot si es treballa amb malalts de COVID-19 i es té por d'infectar tercers, cosa que s'ha provat que té un impacte en els resultats (53). Això és encara pitjor a mesura que els sistemes de salut es tensionen, ja que els sanitaris de primera línia treballen en un ambient que ha esdevingut molt complex en el context de la COVID-19 i ha provocat dilemes i problemes ètics relacionats directament amb la situació i les mesures dictades pels governants (54). La manca de llits als hospitals (especialment als serveis de cures intensives) també va ser un problema important que va contribuir a les taxes de mortalitat i va implicar el triatge de pacients amb l'objectiu de preservar els llits per als qui tenien un potencial més elevat de sobreviure (55–57). El maneig de les situacions de final de la vida, és a dir, de les persones que es morien, va ser especialment preocupant, ja que restringir els acompanyants al peu de llit va tenir un impacte molt pertorbador tant en els pacients com a les seves famílies, però també en la salut mental dels empleats dels hospitals, en la seva càrrega de treball i en els reptes i resultats professionals (58).

Segons les nostres dades, quasi vuit de cada deu professionals de l'àmbit de la salut van declarar que tenien por d'estar amb malalts COVID, sobretot d'infectar tercers. El fet d'haver treballat amb un equip personal protector

inapropiat o sense va ser una de les queixes més comunes dels sanitaris que van compartir les seves històries amb nosaltres a través d'una pregunta lliure de l'enquesta. Aquesta sensació de pobra seguretat ja s'havia apuntat en un estudi en una cohort petita a Espanya (59), en personal d'infermeria a Polònia (60) i a Llatinoamèrica (61). Es van trobar diferències entre els percentatges de dones vs i homes pel que fa a la por de transmetre la infecció a tercers; això pot tenir relació amb el tipus de feina de les dones, que pot comportar més exposició (com a infermeria, on hi ha un tant per cent més gran de dones). En el nostre estudi, els empleats en serveis essencials també van tenir més ansietat probablement per la mateixa raó, a més de la por d'estar en risc d'infectar-se amb més probabilitat.



El 6,27% van expressar que la por que tenien era de prendre decisions mèdiques que els representessin un problema ètic (de selecció de pacients o d'aplicació de protocols), i en aquest sentit el percentatge era més alt en els joves que en els més grans. Això, lligat al fet que els de més edat tenien

menys por en general, podria ser atribuïble a una seguretat més baixa dels més joves en les seves pràctiques laborals degudes a una experiència més reduïda. És possible que amb més bagatge laboral es tingui més confiança en la capacitat de prendre decisions i que, per tant, el dubte no hi tingui tanta cabuda. També pot ser que la gent més gran fes el que volgués en funció del seu criteri personal, al marge dels protocols, i que per això tinguessin la consciència més tranquil·la, com també que els més joves, en canvi, seguissin més les normes i que fer-ho malgrat no estar-hi d'acord els representés un problema ètic. Una altra raó potencial és que els més grans tenen més confiança en els protocols i/o més vinculació amb la institució on treballen, són més conscients de com s'elaboren els protocols i fins i tot tenen més probabilitat d'haver participat en la seva elaboració. Una altra hipòtesi és que els joves hi tenien més a perdre respecte als de més edat, que ja han viscut bona part de la vida laboral. De totes maneres, això són especulacions i caldrien nous estudis per esbrinar les causes d'aquest fet.

A la mostra que hem estudiat, un de cada cinc empleats de l'àmbit van tenir problemes ètics durant les primeres setmanes del pic de l'epidèmia – en la línia dels treballs d'altres autors (58,62) i aproximadament la meitat d'aquests en van tenir amb la selecció de pacients o protocols de triatge de pacients/indicacions terapèutiques. En la nostra opinió, aquest fet també s'hauria d'explorar més exhaustivament i procedir activament per evitar que els sanitaris es trobin en situacions semblants en el futur.

Conclusió

Els resultats obtinguts han permès fer una radiografia de l'impacte del brot de COVID-19 en el benestar general de la població i dels treballadors de la salut que hauria d'obrir la porta a elaborar propostes d'estratègies amb els responsables institucionals que puguin adaptar-se a les necessitats reals de la gent.

Treballs anteriors en cohorts més petites i seleccionades (gent gran, joves, etc.) havien descrit l'important impacte de la pandèmia en diversos àmbits, incloent-hi problemes de salut mental en un 20% de la població. En aquest projecte hem estudiat 56.656 enquestes completades i hem analitzat els efectes de la COVID-19 en l'economia familiar, en els hàbits i les actituds, en la salut en general i en l'estat de salut mental, i en el dia a dia dels professionals de la salut. Hem sigut capaços de confirmar els resultats apuntats per altres estudis més petits i d'identificar fins a sis poblacions susceptibles de poder-se beneficiar d'una intervenció: les dones; els menors de 42 anys; les persones que tenen cura de tercers, incloent-hi fills a càrrec; la gent en situació de precarietat socioeconòmica; els treballadors essencials o amb feines no qualificades; els malalts de COVID-19, i el personal sanitari, sobretot els que treballen amb malalts per coronavirus 2019. Aquestes dades haurien de servir per dissenyar i implementar intervencions per augmentar la resiliència d'aquests grups que hem identificat, com també per preparar una resposta organitzacional adequada. En aquest sentit, alguns autors han publicat estratègies concretes que podrien servir per pal·liar aquest patiment, sobretot pel que fa a incrementar la capacitat d'adaptació del personal assistencial proporcionant eines de reconeixement de factors de risc de distrès emocional i de gestió d'higiene de salut mental,

però també accions de resposta de les organitzacions públiques i privades encaminades a identificar els empleats de més risc i a establir mesures actives mitigadores i correctores (56, 58, 63-66). Pensem que valdria la pena estudiar com implementar activament i adaptar aquestes mesures al nostre entorn, no només en l'àmbit sanitari sinó també ampliant-les als col·lectius que hem identificat. Els resultats obtinguts podrien ajudar els planificadors sanitaris i dissenyadors de polítiques públiques a ajustar les disposicions de contenció de cara a futurs brots o altres situacions especialment difícils per a la societat.

Referències

1. Catalunya D de S de la G de. Comunicat del Departament de Salut, 29 de març de 2020 [Internet].
Available from: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/nota-premsa/?id=384272>
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud Carlos III. Situación del COVID-19 en España [Internet].
Available from: <https://covid19.isciii.es/>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic : increased transmission in the EU / EEA and the UK – sixth update [Internet]. Vol. 2019. 2020.
Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-sixth-update-Outbreak-of-novel-coronavirus-disease-2019-COVID-19.pdf>
4. CDC. Patients with COVID-19. CDC website. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20].
Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html%0D%0A%0D%0A%0D%0A>
5. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. Bull World Health Organ. 2016;94(3):210–4.
6. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. BMJ [Internet]. 2020;368(January):1–2.
Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m313>
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid

- review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5).
 9. Sim K, Huak Chan Y, Chong PN, Chua HC, Wen Soon S. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res*. 2010;68(2):195–202.
 10. Leung GM, Lam TH, Ho LM, Ho SY, Chan BHY, Wong IOL, et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(11):857–63.
 11. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KWT, Sham PC, et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):241–7.
 12. Pujol-Cruells A, Vilaplana C. Specific Interventions for Implementing a Patient-Centered Approach to TB Care in Low-Incidence Cities. *Front Med* [Internet]. 2019;6:273. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2019.00273>
 13. Benito P, Vashakidze S, Gogishvili S, Nikolaishvili K, Despuig A, Tukvadze N, et al. Impact of adjuvant therapeutic surgery on the health-related quality of life of pulmonary tuberculosis patients. *ERJ Open Res*. 2020;3(6):00083–2020.
 14. Depression Anxiety Stress Scales [Internet]. [cited 2020 Sep 17]. Available from: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>

15. Horowitz L, Wilner M, Alvarez N, Weiss W, Marmar DS, Neal CR, et al. Revised Impact of Event Scale (22 questions). *Psychosom Med J Trauma Stress J Trauma Stress J Nerv Ment Dis Behav Res Ther Am J Psychiatry* [Internet]. 1979;41(158):209–18.
Available from: <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/ies.html>
16. Gibbons JD, Chakraborti S. Nonparametric Statistical Inference. In: *International Encyclopedia of Statistical Science*. 2011.
17. Hollander M, Wolfe D. *Nonparametric Statistical Methods*, 2nd Edition. A volume in the Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. 1999.
18. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(4):e21.
Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
19. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM*. 2020;113(5):311–2.
20. International Labour Organization. *ILO Monitor: COVID-19 and the world of work*. Second edition. Updated estimates and analysis [Internet]. International Labour Organization. 2020.
Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf
21. Marí-Dell'olmo M, Gotsens M, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Artazcoz L, de Olalla PG, et al. Socioeconomic inequalities in COVID-19 in a European urban area: Two waves, two patterns. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;
22. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. 2020;

23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020;
24. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Front Psychol*. 2020;
25. Jacques-Avinõ C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, De Bont J, Gonçalves AQ, Duarte-Salles T, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;
26. Ramírez LPG, Arriaga RJM, Hernández-Gonzalez MA, De la Roca-Chiapas JM. Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;
27. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020;
28. Walter LA, McGregor AJ. Sex- and Gender-specific Observations and Implications for COVID-19. *West J Emerg Med*. 2020;507–9.
29. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369.
30. Peterman A, Potts A, Donnell MO, Shah N, Oertelt-prigione S, Gelder N Van, et al. Working Paper 528 April 2020 Pandemics and Violence Against Women and Children. *Cent Glob Dev*. 2020;(528):43.
31. Davies SE, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: Locating gender in global health emergencies. *Int Aff*. 2016;

32. Mollona E, Aivazidou E, Barberio V, Cunico G, Pareschi L. A policy framework for tackling the economic and social impact of the COVID-19 crisis. 2019.
33. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;
34. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020;395(10228):945-7.
35. Kang SJ, Jung SI. Age-Related Morbidity and Mortality among Patients with COVID-19. *Infect Chemother*. 2020;
36. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020;5(5):e256.
Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
37. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics*. 2020;5(2):25.
38. Cohen O, Geva D, Lahad M, Bolotin A, Leykin D, Goldberg A, et al. Community Resilience throughout the Lifespan the Potential Contribution of Healthy Elders. *PLoS One*. 2016;11(2):1-14.
39. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*. 2020.
40. Bobes-Bascarán T, Sáiz PA, Velasco A, Martínez-Cao C, Pedrosa C, Portilla A, et al. Early psychological correlates associated with COVID-19 in a Spanish older adult sample. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020;1-12.
Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748120304759>

41. Fernández-Aguilar L, Ricarte J, Ros L, Latorre JM. Emotional differences in young and older adults: Films as mood induction procedure. *Front Psychol.* 2018;
42. Beck F, Léger D, Fressard L, Peretti-Watel P, Verger P. Covid-19 health crisis and lockdown associated with high level of sleep complaints and hypnotic uptake at the population level. *Journal of Sleep Research.* 2020.
43. Shanahan L, Steinhoff A, Bechtiger L, Murray AL, Nivette A, Hepp U, et al. Emotional Distress in Young Adults During the COVID-19 Pandemic: Evidence of Risk and Resilience From a Longitudinal Cohort Study. *Psychol Med.* 2020;
44. Commodari E, La Rosa VL. Adolescents in quarantine during COVID-19 pandemic in Italy: Perceived health risk, beliefs, psychological experiences and expectations for the future. *Front Psychol.* 2020;11 (September):2480.
45. Suzuki Y, Maeda N, Hirado D, Shirakawa T, Urabe Y. Physical activity changes and its risk factors among community-dwelling Japanese older adults during the COVID-19 epidemic: Associations with subjective well-being and health-related quality of life. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):1–12.
46. Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon.* 2020;
47. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020;3(5):e2010185. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32463467>

48. Xiao J, Fang M, Chen Q, He B. SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. *J Infect Public Health* [Internet]. 2020;13(6):843–8.
Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.019>
49. Simione L, Gnagnarella C. Differences Between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviors, and Psychological Distress Related to COVID-19 Spread in Italy. *Front Psychol.* 2020;11 (September).
50. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020.
51. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021;
52. Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C, Dios Molina J, López-Fresneña N, et al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety.* 2021;
53. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustain.* 2020;
54. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care.* 2020.
55. Zanin M, Xiao C, Liang T, Ling S, Zhao F, Huang Z, et al. The public health response to the COVID-19 outbreak in mainland China: a narrative review. *J Thorac Dis.* 2020;

56. Verweij M, van de Vathorst S, Schermer M, Willems D, de Vries M. Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands. *Public Health Ethics*. 2020;
57. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Hear journal Acute Cardiovasc care*. 2020;
58. Owens IT. Supporting nurses' mental health during the pandemic. *Nursing (Lond)*. 2020;50(10):54-7.
59. Martínez-López JÁ, Lázaro-Pérez C, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez M del M. Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *J Clin Med*. 2020;
60. Nowicki GJ, Ślusarska B, Tucholska K, Naylor K, Chrzan-Rodak A, Niedorys B. The severity of traumatic stress associated with covid-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses: Research protocol and preliminary results from poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;
61. Delgado D, Quintana FW, Perez G, Liprandi AS, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal safety during the covid-19 pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;
62. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs*. 2010;
63. Tomlin J, Dalglish-Warburton B, Lamph G. Psychosocial Support for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;
64. Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*. 2020.

65. Johns Hopkins Berman Institute of Bioethics. Resources for Frontline Clinicians. 2020.
66. Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, et al. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. Chest. 2020.

Annex

Enquesta

PREGUNTES INCLOSES A L'ENQUESTA	CODI DE PUNTUACIÓ/RESPOSTA
Demografia general	
Quants anys tens?	
Amb quin gènere t'identifiques?	dona, home, no-binari, prefereixo no dir-ho
A quin país vius?	
A quin codi postal?	
Com definiries el teu estat civil?	solter/a, casat/ada, divorciat/ada, vidu/vídua, en parella
On vius? (tipus d'habitatge)	casa/pis propi, cas/pis compartit, cambra rellogada, centre/institució, soc un sens-esostre
Quin grau màxim d'estudis tens?	
A què et dediques?	treball qualificat, treball no qualificat, cura de la llar/de tercers, tinc una empresa, soc autònom, treball en l'àmbit de la salut (entorn sanitari)
PREGUNTES DE L'ÍNDEX DE PRECARIETAT SOCIOECONÒMICA	Per al càlcul de l'índex, suma de tots els punts
Qui aporta diners a casa?	>2 de nosaltres = 0 p, 2 de nosaltres = 1 p, només jo = 2 p
Has perdut feina degut a l'epidèmia de COVID-19?	no = 0 p; sí, l'empresa ha fet un EERTO = 1 p; sí, altres = 1,5 p; sí, m'han despatxat/l'empresa ha fet un ERO/m'han anul·lat treballs prèviament contractats/emparaulats = 2 p
Tens estalvis?	sí = 0 p, una mica = 1 p, no = 2 p
Tens una hipoteca per pagar?	no = 0 p; sí, una = 1 p; sí, més d'una = 2 p
Pagues lloguer?	no = 0 p, sí = 2 p
Estàs gastant menys des que va començar l'epidèmia de COVID-19?	no = 0 p, m'hi miro una mica = 1 p, sí = 2 p
Has demanat alguna ajuda social o similar degut a l'epidèmia de COVID-19?	no = 0 p; no, però ho hauré de fer en breu = 1 p; sí = 2 p
Has de tenir cura d'algú? (resposta múltiple)	no = 0 p, sí (qualsevol resposta) = 1 p per cada resposta positiva. Respostes positives possibles: persones de <16 anys, de >16 anys, pares, germans, altres.

HÀBITS I ESTAT DE SALUT DURANT EL CONFINAMENT	
(Si tens fills:) En quin grau creus que està sent difícil el confinament per als nens (i de retruc per a la família)?	escala de potencials respostes, essent 0 = gens i 10 = moltíssim
Et quedes a casa aquests dies?	sí; no, treballo en serveis essencials; no, necessito treballar; no, el qui em contracta m'obliga a anar a treballar
Estàs espantat o amoïnat?	no; sí, d'infectar-me; sí, d'anar a comprar; sí, d'infectar a altres; sí, que la gent més propera a mi s'infecti
(Si tens por d'infectar tercers) A qui tens por d'infectar?	els nens; els meus pares/familiars propers de més edat; els meus companys de feina; qualsevol
Creus que des que va començar l'epidèmia estàs consumint més?	no; sí, menjo més; sí, bec més alcohol; sí, fumo més; sí, consumeixo més drogues il·legals; sí, consumeixo més medicaments per calmar-me (pastilles per dormir, relaxants musculars, ansiolítics)
Per quin canal t'informes sobre l'epidèmia?	per la TV, per la ràdio, pels diaris, per les xarxes socials, per altres canals
Què penses de la informació que estàs rebent?	és massa: m'agradaria que el Govern expliqués menys; és massa: m'agradaria que els mitjans expliquessin menys; és massa poca: m'agradaria que el Govern expliqués més; és massa poca: m'agradaria que els mitjans expliquessin més; és massa negativa/massa sensacionalista; crec que és poc ajustada a la realitat
Creus que aquesta situació t'ha canviat?	no; sí, la meua vida; sí, la meua personalitat; sí, la meua visió de la societat/la manera com vivíem
Has tingut un contacte proper amb un cas d'infecció per SARS-CoV-2?	si, he tingut contacte proper amb un cas confirmat (test positiu); sí, he tingut contacte proper amb un cas probable però no confirmat (tenia símptomes però el test va ser negatiu o no se li va fer la prova); no ho sé
Des del febrer, has tingut alguns d'aquests símptomes?	no, tos persistent (d'una setmana o més), mal de cap, febre persistent (d'una setmana o més); cansament, fatiga extrema o debilitat; mal de coll; mal de músculs; pèrdua de gana molt intensa/de pes; pèrdua del sentit de l'olfacte; pèrdua del sentit del gust; diarrea; mareig; manca d'aire/dificultat per respirar; dolor toràcic (mal al pit en respirar); congestió nasal
Com et trobes ara?	bé, normal, no acabo d'estar al 100%, malament

Has fet servir els recursos sanitaris disponibles els darrers 14 dies?	he trucat al 061 o a algun altre telèfon habilitat per a la gestió de casos COVID; he anat a urgències; he fet servir l'app de CatSalut o alguna altra app habilitada per a la gestió de casos COVID; he anat al CAP/CUAP/centre de salut; he anat a metges privats/centres mèdics privats; m'han fet la prova; cap de les interiors
(Si et van fer la prova diagnòstica) Quin va ser el resultat?	positiu; negatiu
PREGUNTES PER ALS TREBALLADORS DE L'ÀMBIT SANITARI	
Quin és el teu lloc de treball?	personal mèdic, personal d'infermeria, auxiliars, personal tècnic, personal administratiu, personal de bugaderia, personal de cuina, personal de neteja, lliterers, investigadors, altres
Has treballat amb malalts de COVID-19?	no; no que jo sàpiga; sí, fent guàrdies; sí, treballant amb COVID-19
Tens por?	no; sí, de morir-me; sí, d'infectar-me; sí, de transmetre-ho a pacients no-COVID; sí, de transmetre-ho al propi entorn; sí, de prendre decisions mèdiques que em representen un problema ètic
Has tingut problemes ètics, treballant?	no; no, penso que haig de seguir els protocols; sí, amb el triatge de pacients i/o els protocols de triatge de malalts i d'indicació terapèutica; sí, altres
PREGUNTES SOBRE SALUT MENTAL	
Preguntes d'ansietat	
Aquesta darrera setmana has notat la boca seca?	Per a cadascuna de les preguntes següents: no = 0 p, de vegades = 1 p, sovint = 2 p, quasi sempre = 3 p. Per al càlcul de l'índex, suma de tots els punts multiplicada per 2.
Aquesta darrera setmana t'ha costat respirar? (i no es devia a cap símptoma respiratori)	
Aquesta darrera setmana has tingut tremolors (de mans, d'ull, etc.)?	
Aquesta darrera setmana t'ha preocupat trobar-te en situacions en què poguessis tenir pànic o fer quelcom que t'avergonyís?	
Aquesta darrera setmana has estat a punt de sentir pànic?	
Aquesta darrera setmana has notat els batecs del cor (sense que hi hagués una causa física com palpitations)?	
Aquesta darrera setmana has tingut por sense cap raó?	

Preguntes d'estrés

Aquesta darrera setmana t'ha costat calmar-te?

Aquesta darrera setmana has tendit a sobreaccionar en alguna situació?

Aquesta darrera setmana has notat que estaves nerviós?

Aquesta darrera setmana t'has notat agitat?

Aquesta darrera setmana t'ha costat relaxar-te?

Aquesta darrera setmana has estat intolerant amb quelcom o algú que no et deixava continuar el que estaves fent?

Aquesta darrera setmana has estat més aviat irritable?

Per a cadascuna de les preguntes següents: no = 0 p, de vegades = 1 p, sovint = 2 p, quasi sempre = 3 p. Per al càlcul de l'índex, suma de tots els punts multiplicada per 2.

Preguntes de depressió

Aquesta darrera setmana t'ha passat, de no tenir cap sentiment positiu?

Aquesta darrera setmana t'ha costat tenir iniciativa per fer coses?

Aquesta darrera setmana has sentit que res del futur et motivava?

Aquesta darrera setmana t'has sentit baix de moral i trist?

Aquesta darrera setmana has pensat que no t'entusiasmava res?

Aquesta darrera setmana has pensat que la vida no tenia sentit?

Per a cadascuna de les preguntes següents: no = 0 p, de vegades = 1 p, sovint = 2 p, quasi sempre = 3 p. Per al càlcul de l'índex, suma de tots els punts multiplicada per 2.

PREGUNTES DE TEPT**Preguntes d'intrusió**

Aquesta darrera setmana qualsevol cosa sobre l'epidèmia et tornava a generar sentiments relacionats amb ella?

Aquesta darrera setmana et costava mantenir el son?

Aquesta darrera setmana altres coses et feien pensar en l'epidèmia?

Aquesta darrera setmana pensaves en l'epidèmia quan no volies?

Aquesta darrera setmana et venien al pensament imatges sobre el tema?

Aquesta darrera setmana has sentit o actuat com si ho estiguessis revivint?

Aquesta darrera setmana has tingut sentiments intensos cap a aquesta situació?

Preguntes d'evitació

Aquesta darrera setmana intentaves no disgustar-te quan alguna cosa et feia recordar l'epidèmia o hi pensaves?

Aquesta darrera setmana et senties com si no estigués passant o no fos real?

Aquesta darrera setmana has intentat allunyar-te d'allò que t'hi podia fer pensar?

Aquesta darrera setmana has intentat no pensar-hi?

Aquesta darrera setmana eres conscient que tenies molts sentiments al respecte però no els podies digerir?

Aquesta darrera setmana has notat com que estaves insensible al tema?

Aquesta darrera setmana has intentat oblidar-ho?

Aquesta darrera setmana has intentat no parlar-ne?

Preguntes d'hipervigilància

Aquesta darrera setmana et senties irritable i enfadat?

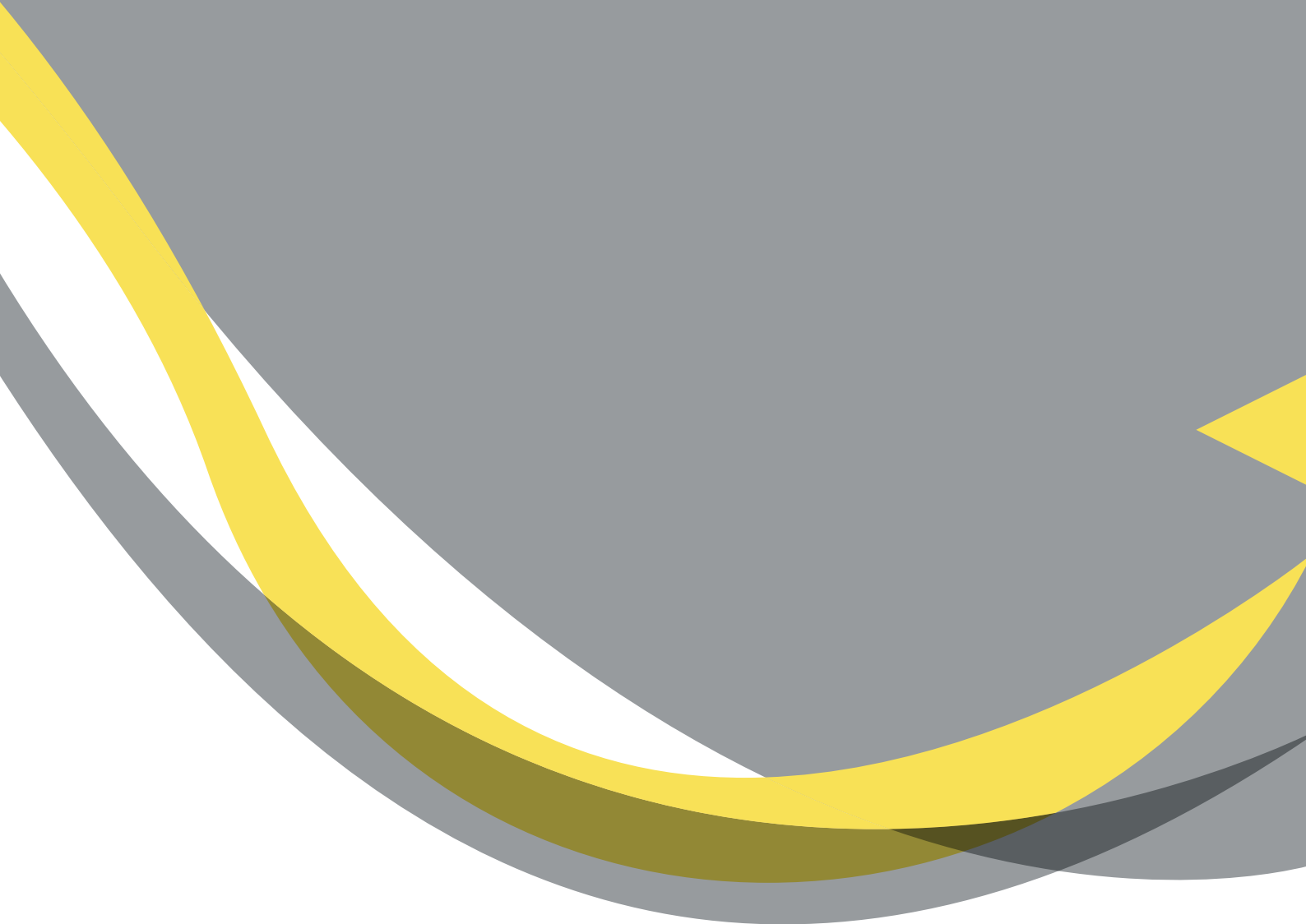
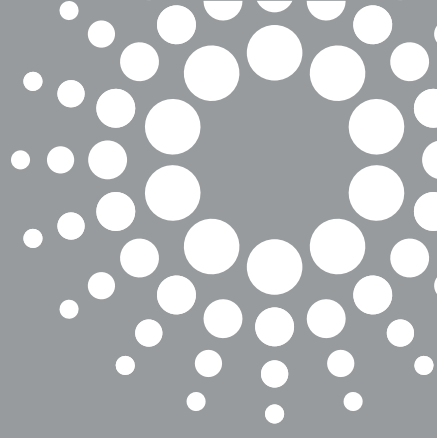
Aquesta darrera setmana has estat inquiet o atemorit?

Aquesta darrera setmana t'ha costat agafar el son?

Aquesta darrera setmana t'ha costat concentrar-te?

Aquesta darrera setmana t'has notat més hipervigilant o en guàrdia?

Per a cadascuna de les preguntes següents: no = 0 p, una mica = 1 p, força = 2 p, bastant = 3 p, molt = 4 p. Per al càlcul de l'índex, suma de tots els punts multiplicada per 2.



 **ANAXOMICS**

 **IGTP**
Institut de Recerca Germans Trias i Pujol

SJD **Sant Joan de Déu**
Fundació de Recerca

 **FUNDACIÓ LLUITA
CONTRA LA SIDA**

ciber isciï